Rok XLIX. Kraków, dnia 19. lutego 1910. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej.

Napisał

Doc. Dr Jan Mazurkiewicz.

Cięższe postacie gonitwy myślowej każdy laik rozpoznaje z łatwością, jako objaw chorobowy. Pomimo to psychiatrya nie posiada ścisłego określenia zaburzeń mechanizmu kojarzeniowego w tych stanach, gdyż psychologia niezna dotąd czynników, które kierują procesem kojarzeniowym prawidłowym.

Istnieją dwie drogi, na których poszukiwać możemy tych czynników, których działalność zanika w stanach gonitwy myślowej. Jedną z nich jest droga badań ściśle przedmiotowych, — klinicznych, doświadczalnych i mikroskopowych; druga polega na wnioskowaniu psychologicznem, wychodzącem z założeń i stanów podmiotowych. W psychiatryi wybitnie przeważa pierwsza z tych metod, w psychologii — druga, ale obie te nauki, jakkolwiek w nierównej mierze, stosują zawsze obie te metody współcześnie, wskutek czego utrudniona jest właściwa ocena ich wartości naukowej.

Zastosujemy do przykładu klinicznego gonitwy myślowej i przykładu myślenia prawidłowego najpierw jedną metodę, następnie zaś drugą z możliwie największą wyłącznością.

I. Przykład. Chora p. P., pozostająca w stanie bezładu myślowego, na zwykłe zapytanie lekarza o zdrowie odpowiedziała: »O, to ci odpowiem, jesteś dzisiaj blady, może masz blednicę, może suchoty? Jeżeli masz flotę, jedź na Rivierę, do Genui, do Barcelony. Albo do bieguna balonem! Znajdziesz Andréego, znajdziesz Nansena. A masz córkę, czy syna? Białego czy murzyna? Zaśpiewaj, Karolu, zaśpiewaj!«

W okresie zdrowienia p. P. na to samo zapytanie odpowiedziała: »Jestem bardzo osłabiona i czasem mi się jeszcze kręci w głowie, może od tego krzyku, który dzisiaj był na sali. Szczególniej Matylda była niespokojna, śpiewała i hałasowała do niemożliwości. Czy do pana doktora nie zgłaszał się mój mąż albo matka?«

I. Rozbiór przez wnioskowania psychologiczne.

Przytoczone przykłady zostały rozmyślnie wybrane w ten sposób, iż są możliwie najbardziej zbliżone do przykładów Liepmanna [1]) w celu naśladowania jego metody rozbioru psychologicznego, z zastrzeżeniem jednakże, iż początkowo rozmyślnie pomijane będą niektóre wywody tego autora, które będą uwzględnione później.

W obu przytoczonych odpowiedziach można wykazać związek, istniejący pomiędzy skojarzonemi wyobrażeniami.

W pierwszej odpowiedzi na zapytanie lekarza chora mówi wprawdzie nie o własnem zdrowiu, ale jednak o zdrowiu, mianowicie lekarza i jego bladą cerę kojarzy z wyobrażeniem niektórych chorób — blednicy i suchot (pokrewieństwo wyobrażeń wewnętrzne czyli pojęciowe, według przyczyny i skutku). Wyobrażenie suchot łączy się z wyobrażeniem podróży na Rivierę i środków, koniecznych do takiej podróży w celu ratowania zdrowia (również pokrewieństwo wewnętrzne). Wyobrażenie podróży na Rivierę w celach leczniczych wiąże się dalej z wyobrażeniem innych podróży, bez celów leczniczych, do Genui, do Barcelony, do bieguna, który przypomina chorej podróż balonem Andréego. Nazwisko tego podróżnika przypomina znowuż chorej innego sławnego podróżnika, Nansena (wspólność zawodu, czyli znowuż pokrewieństwo pojęciowe), którego mylnie łączy z podróżą Andréego do bieguna.

Dwa następne zdania wiążą się ze sobą według pokrewieństwa dźwiękowego czyli zewnętrznego (...»Nansena. A masz córkę czy syna? Białego czy murzyna?«). Ostatnie zdanie »Zaśpiewaj, Karolu, zaśpiewaj!« zwrócone było do jednej z chorych, która rzeczywiście w danej chwili zaczęła śpiewać.

Zatem w pierwszej odpowiedzi p. P. niektóre wyobrażenia wywołane są podnietami zewnętrznemi, zaś inne kojarzą się ze sobą według pokrewieństwa albo wewnętrznego, albo zewnętrznego, t. j. ściśle według wymagań t. zw. »praw kojarzeniowych«, ustalonych przez psychologię współczesną dla myślenia prawidłowego, normalnego.

W drugiej odpowiedzi z okresu zdrowienia p. P. zaznacza przedewszystkiem ogólny stan osłabienia, przechodzi następnie do szczegółu: »czasem mi się jeszcze kręci w głowie« i do przypuszczalnej przyczyny tego objawu, mianowicie »krzyku, który dzisiaj był na sali«. Wreszcie mówi p. P. o najbardziej krzykliwej chorej Matyldzie, która »szczególniej była niespokojna, śpiewała i hałasowała do niemożliwości«, a więc najbardziej mogła przyczynić się do owego »kręcenia się w głowie«. Wiązanie wyobrażeń odbywa się w tej odpowiedzi zatem również według »praw kojarzeniowych«, jednak widoczne jest tu działanie innego jeszcze

[1]) H. Liepmann: Über Ideenflucht. Halle a. d. S. 1904.

czynnika, który wiąże nietylko każde wyobrażenie z poprzedzającem i następującem, ale i wszystkie razem w jedną całość, stanowiącą odpowiedź na zapytanie lekarza o stan zdrowia.

Myśl »czasem mi się jeszcze kręci w głowie« bynajmniej nie jest wywołana przez poprzednie wyobrażenie »osłabienia«, gdyż chora »kręcenie się w głowie« uzależnia od krzyku na sali, a nie od własnego osłabienia, — tylko oba te wyobrażenia są jednakowo wywołane przez »nadwyobrażenie« (według Liepmanna) o stanie własnego zdrowia. »Kręcenie się w głowie« staje się znowuż drugorzędnem nadwyobrażeniem dla zależnego odeń wyobrażenia »krzyku na sali« i zastrzeżenia »może«, wskazującego na to, iż chora uznaje możliwość istnienia innej przyczyny »kręcenia się w głowie«. — »Krzyk« staje się znowuż trzeciorzędnem nadwyobrażeniem, które z kolei wywołuje w umyśle chorej wyobrażenia o Matyldzie i jej zachowaniu się.

Zatem w tej drugiej odpowiedzi p. P. jedno wyobrażenie nie kojarzy się z najbardziej mu pojęciowo lub zewnętrznie pokrewnem następnem wyobrażeniem. Bo abstrahując od warunków, w których znajdowała się p. P. w danej chwili, należy stwierdzić, iż wogóle wyobrażenia np. »śpiewu« kojarzy się częściej i łatwiej bodaj z salą koncertową lub teatralną, aniżeli z salą szpitalną i »kręceniem się w głowie«. Drugi przykład sposobu myślenia p. P. jest istotnie odpowiedzią na zapytanie lekarza o stan zdrowia dlatego, że wyobrażenie stanu własnego zdrowia stało się w umyśle p. P. głównem nadwyobrażeniem, przyciągającem ku sobie w porządku hierarchicznym nadwyobrażenia i wyobrażenia wtórne (osłabienie, zawrót głowy, krzyk, zachowanie się Matyldy). Liepmann [2]) zaznacza, że hierarchicznie różna wartość wyobrażeń występuje jeszcze wybitniej np. w dziele naukowem, w którem kierownicze wyobrażenie uwydatnia się w tytule dzieła, wtórne nadwyobrażenia w tytułach rozdziałów, zaś dalsze przez podkreślenia pewnych wyrazów w tekście i t. p.

Niedostateczność praw kojarzeniowych dla wytłómaczenia przewodniej nici myślenia prawidłowego spostrzegali przed Liepmannem i inni psychiatrzy, wskutek czego Meynert [3]) mówił o »kojarzeniach głównych« i »kojarzeniach ubocznych«, Wernicke [4]) o »ideach nad- i podwartościowych«, Kräpelin [5]) o »wyobrażeniach celowych«. Wszyscy ci autorzy różnią się w swych określeniach, godzą się jednak na zasadę podziału świata wyobrażeń na dwie kategorye, mianowicie wyobrażeń rządzących i wyobrażeń rządzonych. Psychika, dzielona dotąd przez psychologię na 3 dziedziny — wyobrażeniową, uczuciową i woli, zostaje zatem w sferze wyobrażeniowej podzielona raz jeszcze.

Aby uniknąć tego dalszego dzielenia psychiki na odrębne władze, Wernicke [6]) mówi o »ściśle określonem stopniowaniu pobudliwości różnych grup wyobrażeniowych, która u różnych osobników jest w pewnych granicach różną, jednakże u każdego osobnika powoduje preformowane już posiadanie hierarchicznych różnic pomiędzy wyobrażeniami. Różnica charakterów warunkuje się przedewszystkiem różną wartościowością tych wyobrażeń, od których zależy postępowanie w określonych warunkach. Pojęcia honoru, wstydu, czystości i t. p. są takimi kierowniczymi motywami postępowania ludzi obyczajnych«. Nadwartościowość tych pojęć w życiu normalnem jest stałą i zależy od ich zabarwienia uczuciowego i częstości ich powstawania.

Innego rodzaju jest ta różnowartościowość wyobrażeń, o której dotąd mówiliśmy i którą Liepmann tłómaczy w sposób następujący.

Większa wartość jednych wyobrażeń, niż innych, nie jest jakąś ich trwałą nadwartościowością, pozostającą na całe życie lub dłuższe okresy życia, ale wraz z biegiem myślowym wciąż się zmienia. Pewna treść staje się nadwyobrażeniem dopiero wtedy, jeśli zostanie na nią skierowana uwaga, która ją stawia ponad innemi wyobrażeniami w »polu widzenia« świadomości. Panowanie nadwyobrażenia oznacza zatem, że uwaga pozostaje wierną jego treści, tj. że w pole widzenia świadomości wstępują kolejno wyobrażenia, związane przez treść panującego nadwyobrażenia.

Stąd wynika w dalszym ciągu długi szereg zagadnień spekulacyjno-psychologicznych, w rodzaju: czy uwaga, skierowując się na pewne wyobrażenie, podnosi je do godności nadwyobrażenia, czy też wyobrażenie, przykuwając do siebie uwagę, staje się przez to nadwyobrażeniem? Jeżeli uwaga jest »wolą w dziedzinie wyobrażeniowej», to czem jest wola? Jaki jest stosunek wyobrażeń do ich »zabarwienia uczuciowego« lub dziedziny uczuciowej wogóle? i t. d. i t. d. Wszystkie te zagadnienia mają tę wspólną cechę, że są całkowicie niedostępne dla doświadczenia. Wernicke [7]) porusza je, aby wykazać, że stała nadwartościowość pewnych idei: honoru, wstydu i t. p., wywołana jest stałem silnem zabarwieniem uczuciowem; w ten sposób podział świata wyobrażeń na rządzące i rządzone przestaje być nowym podziałem psychiki, ale sprowadza się do dawnego różniczkowania »dziedziny wyobrażeniowej« od »dziedziny uczuć«. Liepmann [8]) niestałą, zmienną nadwartościowość wyobrażeń czyni zależną od uwagi, t. j. woli w dziedzinie wyobrażeń, czyli sprowadza podział świata wyobrażeń na rządzące i rządzone do dawnego podziału psychiki na »dziedzinę wyobrażeń« i »dziedzinę woli«.

W każdym razie i w jednym i w drugim przypadku »ideom nadwartościowym« i »nadwyobrażeniom« nadawane są cechy psychiczno-energetyczne, realna siła, umożliwiająca im kierownictwo wyobrażeniami i kierownictwo postępowaniem.

Otóż ta niedostępna badaniu energetyczno-psychiczna siła zanika w stanach gonitwy myślowej wysokiego stopnia. Znika nadwartościowość jednych wyobrażeń i podwartościowość innych, a zatem cały hierarchiczny ich układ. W pierwszej odpowiedzi p. P. każde wyobrażenie wywołane jest przez bezpośrednio je poprzedzające wyobrażenie, ale niema tu jednej nici przewodniej, jednego nadwyobrażenia, któreby panowało nad wszystkiemi wyobrażeniami i łączyło je w jedną organiczną

---

[2]) l. c.
[3]) Meynert: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien. 1890.
[4]) Wernicke. Grundriss der Psychiatrie. II. B.
[5]) Kräpelin. Psychiatrie. VII. Auflage. 1903.
[6]) l. c.
[7]) l. c.
[8]) l. c.

całość myślową, niema wogóle żadnej odpowiedzi logicznej na zapytanie. Jestto właśnie ten objaw gonitwy myślowej, który jest znany w psychiatryi pod nazwą niwelacyi wyobrażeń czyli wyrównania ich wartości. Wyrównanie to następuje w dwojakim kierunku: w rozumieniu Wernickego wskutek zaniku pojęć obyczajności o silnem zabarwieniu uczuciowem, zaś w rozumieniu Liepmanna wskutek zaburzeń uwagi, mianowicie wielkiej jej niestałości przy znacznej energii. Źródło niwelacyi wyobrażeń w gonitwie myślowej tkwi zatem według Wernickego w dziedzinie uczuciowej, według Liepmanna w dziedzinie woli.

II. Rozbiór doświadczalny.

Powyższy rozbiór dokonany został według metody współczesnej psychologii paralelistycznej, przyczem dla jej uwydatnienia rozmyślnie pomijane było wkraczanie autorów, stojących na jej punkcie widzenia, w zakres metody doświadczalnej. Dla uwydatnienia metody doświadczalnej której najwybitniejszym przedstawicielem współczesnym jest Mach[9]), przeciwnie pominiemy wszelkie nie dające się doświadczalnie sprawdzić twierdzenia i hypotezy psychologii paralelistycznej, pomimo trudności, jakie przedstawia taka próba zastosowania wyłącznego tej metody do badań psychopatologicznych.

Stając zatem na gruncie wyłącznie doświadczalnym, przedewszystkiem musimy stwierdzić, że w obu przytoczonych przykładach klinicznych nie spostrzegamy nigdzie nietylko »nadwyobrażeń«, ale nawet i »wyobrażeń«. Rozpatrując odpowiedzi p. P. rzeczowo, musimy poprzestać na stwierdzeniu, iż mamy przed sobą wyrazy i zdania, które p. P. wypowiedziała do lekarza. Twierdzenie, że te wyrazy i zdania są wyobrażeniami, zawiera w sobie już hypotezę, od której nie powinno się zaczynać rzeczowe badanie kliniczne.

Wyrazy są; jak wiadomo, słuchowymi lub wzrokowymi znakami konwencyonalnymi, których znaczenie zostaje nam wpojone za lat dziecinnych i przez dalsze doświadczenia życiowe może ulegać większym lub mniejszym zmianom. Wyrazy możemy zatem w pewnej mierze porównywać z również konwencyonalnymi znakami matematycznymi — algebraicznymi albo liczbowymi — z tem zastrzeżeniem, że te znaki są symbolami stosunków ilościowych, zaś wyrazy — bardziej różnorodnych.

Rozpatrując obie odpowiedzi p. P. z tego punktu widzenia, należy uznać, iż chora w obu tych przypadkach używa symbolów wyrazowych istotnie w zupełnie różny sposób.

W pierwszym przykładzie chora nie zatrzymuje się dłużej nad żadnym z poszczególnych symbolów, ani zawartych w pytaniu lekarza, ani wymawianych przez nią w toku odpowiedzi. Pominąwszy sprawę własnego zdrowia, zaczyna swą odpowiedź od bladej cery lekarza, którym się dłużej nie interesuje, lecz poradziwszy podróż w celach leczniczych, przeskakuje do innych podróży, podróżników, do dzieci lekarza, i wreszcie — nie udzieliwszy wcale właściwej odpowiedzi na zapytanie, przestaje mówić z lekarzem i odwraca się od niego do innej chorej, która w tej chwili zaczęła śpiewać, nazywając ją mylnie »Karolem«. W odpowiedzi tej chora zatem albo oddziaływa na bezpośrednie podniety zewnętrzne (bladość pytającego, śpiew chorej), albo mówi o przedmiotach, nie pozostających w żadnym — albo conajmniej pozostających w niezmiernie odległym stosunku do wszystkiego, co się w danej chwili na danej sali zakładowej działo (podróże do Barcelony, do bieguna balonem i t. d.). Wszystkie te odległe co do czasu i przestrzeni przedmioty kojarzyła przytem chora z pytającym ją lekarzem, do którego stale zwracała się w drugiej osobie liczby pojedynczej, a zatem wbrew zwyczajowi. Przerwanie rozmowy z lekarzem odbyło się również w sposób, którego uprzejma p. P. w okresie zdrowienia nigdy nie używała. Znaczenie dźwiękowego kojarzenia wyrazów w tej odpowiedzi zostanie omówione później.

Natomiast druga odpowiedź, przez cały czas jej wypowiadania (z wyjątkiem ostatniego zdania), jest jednym odczynem chorej na zwrócone do niej zapytanie o stan zdrowia. W odczynie tym wypowiada chora swoje dolegliwości i przytacza tylko te wrażenia z najbliższego otoczenia, bo z sąsiedniej sali, które według jej zdania pozostają w związku ze stanem jej zdrowia. Chora mówi tu zatem tylko o realnych warunkach, w jakich w danym czasie istotnie pozostawała. Przechodząc od swego zdrowia do innego przedmiotu w ostatniem zdaniu, spytała p. P. o osoby z najbliższej swej rodziny, tytułując już lekarza »panem doktorem«.

Z tego zestawienia wynikają dwa wnioski.

Pierwszy wniosek potwierdza różnowartościowość symbolów wyrazowych w odpowiedzi z czasów zdrowia p. P., i wyrównanie wartości symbolów w jej bezładnej odpowiedzi, zupełnie analogicznie do zachowania się »wyobrażeń«, wykazanego poprzednią metodą. Ponieważ, jak zaznaczyliśmy, wyrazy są konwencyonalnymi znakami, które można porównać z symbolami matematycznymi, zatem zapomocą symbolów matematycznych różnowartościowość wyobrażeń i ich niwelacyę można przedstawić w sposób następujący.

W gonitwie myślowej wartość wszystkich poszczególnych symbolów możemy uważać praktycznie za jednakową, co się wyrazi wzorem I: $a = b = c = \ldots$ albo $1 = 2 = 3 = \ldots$ Nieprawidłowość tego drugiego zestawienia liczbowego jest również na pierwszy rzut oka widoczna, jak nieprawidłowość zestawienia i zrównania stanu swego zdrowia z podróżą Nansena, a tego ostatniego z dziećmi lekarza i t p.

Budowa zaś odpowiedzi prawidłowej (z pominięciem ostatniego zdania), albo lepiej: układ dzieła naukowego, którego tytuł oznaczymy przez a, nagłówki rozdziałów przez b, $c \ldots$ i t. d. wyrazi się w bardziej złożonym wzorze II:

$$a = \left| \begin{array}{l} b = \left| \begin{array}{l} e = \left\{ \begin{array}{l} m \\ + \\ n \\ \vdots \end{array} \right. \\ + \\ f = \left\{ \begin{array}{l} r \\ + \\ s \\ \vdots \end{array} \right. \\ \vdots \end{array} \right. \\ + \\ c = \left| \begin{array}{l} h \\ + \\ i \\ \vdots \end{array} \right. \\ \vdots \end{array} \right.$$

Gdybyśmy w tym wzorze zamiast symbolów algebraicznych chcieli użyć symbolów liczbowych, i gdybyśmy założyli, iż $a =$ np. 100, to jest rzeczą widoczną, że jeśli ilość

[9]) Mach: Die Analyse der Empfindungen. V. Aufl. 1906.

rozdziałów *b*, *c*... jest ograniczona, w takim razie i ilość prawidłowych układów wzoru jest również ograniczona. Gdybyśmy zaś każde z poszczególnych ogniw szeregu $b + c + d$ uważali również za ściśle określone, np. 60 + 30 + 10, to ilość prawidłowych układów wzoru zostałaby znacznie ograniczona i postępując tak dalej, moglibyśmy dojść do jednego możliwego wzoru, w przeciwstawieniu do wzoru I, obrazującego gonitwę myślową, w którym symbole mogą być obok siebie zestawiane wprawdzie nieprawidłowo, ale za to dowolnie i do nieskończoności.

Zestawienia, dokonywane poprzednią metodą spekulacyi psychologicznych, dotyczyły »stanów podmiotowych« wyobrażeń, uwagi, zabarwień uczuciowych, które nie podlegają badaniu przedmiotowemu, a zatem można im dowolnie przypisywać własności kierownicze, energetyczne, których działanie miało wyjaśnić hierarchiczną różnowartościowość wyobrażeń w stanie zdrowia, zaś ich zanik — niwelacyę wyobrażeń w stanie gonitwy myślowej.

Ale stwierdzonej metodą doświadczalną różnowartościowości martwych symbolów, wyrazów, nie można tłómaczyć dowolnem przyznawaniem wyrazom jakiejś siły kierowniczej, gdyż bezzasadnie przekształcilibyśmy wtedy te konwencyonalne znaki w jakieś realne czynniki energetyczne.

Drugi wniosek, wynikający z zestawienia obu odpowiedzi p. P. metodą doświadczalną, daje nam już pewne wskazówki co do kierunku, w jakim szukać należy owego realnego czynnika, który martwym symbolom nadaje różną wartość. Mianowicie spostrzegamy tu fakt, że w drugiej odpowiedzi p. P. mówi tylko o rzeczywistych warunkach, w jakich się w danej chwili i w danem miejscu znajduje, a więc tylko o swojem zdrowiu i swojej rodzinie, i drugi fakt, że o tych najważniejszych dla niej w okresie zdrowienia rzeczach nie wspomina wcale w pierwszej odpowiedzi, chociaż porusza w niej cały szereg przedmiotów, w bardzo luźnym stosunku do chorej pozostających.

Druga odpowiedź, obok troski o zdrowie własne i rodzinę, wyraża jeszcze pewne niezadowolenie, albo conajmniej krytyczny pogląd na hałaśliwe otoczenie; w pierwszej natomiast widoczny jest zupełny brak wszelkiej troski, zupełne niezrozumienie tego położenia osoby chorej, które zmusza do usunięcia jej ze zwykłych warunków życia do zakładu dla umysłowo-chorych i które u ludzi zdrowych wzbudza raczej żal, aniżeli chęć do dalszego słuchania krzykliwego śpiewu chorej sąsiadki (»zaśpiewaj Karolu, zaśpiewaj!«).

Zestawienie to świadczy o tem, że nietylko stosunek jednych symbolów do innych, ale i zupełnie realny stosunek chorej do otoczenia uległ zasadniczej zmianie zarówno w najżywotniejszych dla niej sprawach (zdrowie, rodzina), jak i w stosunkach drugorzędnej wagi (zachowanie się wobec lekarza, wobec krzykliwej chorej).

Że ten drugi wniosek jest w zupełności uzasadniony, o tem przekonywamy się z wywiadów męża, wykazujących, że p. P., jakkolwiek obarczona dziedzicznie (jej brat stryjeczny umarł w szpitalu dla umysłowo-chorych; dwoje krewnych jej matki skończyło śmiercią samobójczą z niewiadomego powodu; rodzona siostra chorej pozostawała w zakładzie od 27. VIII. 1903 do 23. V. 1904 z powodu ostrego stanu amentycznego na tle histerycznem), była przed chorobą osobą bardzo taktowną, rozsądną, zrównoważoną, a poza domem, mężem i dziećmi nie interesującą się niczem żywiej. Przed przybyciem do zakładu p. P. pielęgnowała najpierw w domu, następnie w prywatnem sanatoryum synka swego, ciężko chorego na gruźlicę żeber. Przez ostatnich 10 dni i nocy pozostawała przy jego łóżku, odżywiając się bardzo niedostatecznie i nie kładąc się wcale na nocny spoczynek. Dziesiątego dnia p. P. klęczała przy łóżku syna i nagle — (poprzednio nie okazywała żadnych śladów zaburzeń umysłowych) — wyrwała obandażowane dziecko z łóżka i cisnęła je na podłogę. Od tej chwili zaczęła bezustannie i bezładnie mówić, śpiewać i wykazywać tak gwałtowne podniecenie ruchowe, że okazało się koniecznem niezwłoczne jej przewiezienie do zakładu dla umysłowo-chorych.

Byłoby rzeczą bezcelową z dalszego, przeszło trzymiesięcznego przebiegu choroby p. P. w zakładzie przytaczać dobrze wszystkim psychiatrom znane fakty, świadczące o tem, że w stanach gonitwy myślowej wysokiego stopnia, dochodzącej do bezładu myślowego, ten bezład daje się stwierdzić nietylko w sposobie kojarzenia wyrazów, ale i w układzie realnych stosunków chorego do otoczenia.

Już zdania, przytoczone z wywiadów, i zachowanie się p. P. w zakładzie w okresie zdrowienia wykazują, że kierowniczymi motywami postępowania p. P. przed chorobą były jej stosunki rodzinne. Inne stosunki ceniła mniej, niektóre rzeczy były dla niej obojętne, albo wręcz niemiłe. Zatem p. P. za czasów zdrowia segregowała swe otoczenie na pewne działy, które miały dla niej hierarchicznie niejednakową wartość.

Największą wartość dla niej posiadały, jak widzieliśmy, stosunki rodzinne, do których skierowywała się cała jej działalność. Nieuzasadnionem byłoby przypuszczenie, że tą działalnością rządziło jakieś »nadwyobrażenie kierownicze«, jakieś »pojęcie rodziny,« posiadające realną siłę, skoro w czynnikach tak rzeczywistych, jak mąż i dzieci p. P. i ich potrzeby życiowe z jednej strony, zaś najsilniejszy obok instynktu samozachowawczego instynkt zachowania rodu u samej p. P. z drugiej strony, znaleść możemy tłómaczenie tej działalności bez uciekania się do czynników natury metafizycznej.

Z tego punktu widzenia zdaje się być rzeczą zrozumiałą, że symbole w drugiej odpowiedzi p. P. wykazują hierarchicznie niejednakową wartość, ponieważ również hierarchicznie niejednakową wartość przedstawiają dla p. P. te realne czynniki, te zakresy rzeczywistości, których konwencyonalnym wyrazem są owe symbole.

Hierarchiczny układ stosunków p. P. do otoczenia uległ zanikowi w tej krótkiej chwili, która stała na przełomie pomiędzy jej postępowaniem, jako najtroskliwszej matki, a postępowaniem, określanem zazwyczaj jako nieludzkie (wyrzucenie z łóżka na podłogę ciężko chorego dziecka). Od tej chwili wyrównana została pozorna różnowartościowość symbolów dlatego, że wartość oznaczonych przez te symbole realnych zakresów rzeczywistości została w stosunku do p. P. zniwelowana. Ciężko chore dziecko, stan własnego zdrowia, fakt przebywania w danej chwili w zakładzie dla umysłowo-chorych, mąż odwiedzający, podróże Andréego i Nansena, bladość lekarza, śpiew chorej i t. d. i t. d. to wszystko zajmuje chorą przez taki przeciąg

czasu i w takim stopniu, który praktycznie uważać możemy za jednakowy.

Ponieważ rozbiór metodą doświadczalną nie doprowadził nas dotąd nigdzie do wykrycia uwagi, woli lub zabarwienia uczuciowego, których zaburzeniom moglibyśmy przypisać stwierdzoną niwelacyę dawniejszych stosunków p. P. do otoczenia, zatem musimy zapytać, jaki czynnik, czy też jakie czynniki realne były przyczyną tej niwelacyi.

Narządem, normującym w wyższych ustrojach ich stosunek do świata zewnętrznego, jest ośrodkowy układ nerwowy, i doświadczenie wykazuje, że wpływy szkodliwe, działające na ten narząd, mogą wywoływać zaburzenia w jego czynnościach, a więc i zaburzenia w układzie stosunków ustroju do otoczenia.

Dopóki p. P. żyła w zwykłych, dobrze unormowanych warunkach osoby, mającej zabezpieczony byt własny i rodziny, dopóty jej układ nerwowy zupełnie sprawnie wykonywał swoje czynności, pomimo wspomnianego obarczenia dziedzicznego. Gdy jednak zagrażająca życiu choroba dziecka (które następnie umarło) wytrąciła p. P. z tych zwykłych warunków, wtedy wywołane tą chorobą wstrząśnienia, wysiłki, bezsenność, wyczerpały jej układ nerwowy w pewnej chwili do tego stopnia, że nagle zawiesił swoją dotychczasową biologiczną czynność pośredniczenia pomiędzy ustrojem a otoczeniem. P. P. stała się pod względem życiowym jak gdyby małem dzieckiem, niezdolnem unormować swego stosunku do świata zewnętrznego i wymagającem ciągłej opieki, i jej kojarzenia symbolów stały się tak samo bezładne, jak zachowanie się.

Nie znamy jeszcze mechanizmu powstawania tych zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, których zewnętrznym przejawem jest ów proces niwelacyjny, dający się badać klinicznie. Ale już te dane, których nam dzisiaj dostarcza klinika, wystarczają do stwierdzenia, iż dokładnej znajomości omawianego mechanizmu poszukiwać należy na drodze doświadczeń badań klinicznych i mikroskopowych, a nie na drodze spekulacyi psychologicznych.

Rozbiór psychologiczny doprowadza nas zatem do przyjęcia szeregu pojęć psychologicznych, jak wyobrażeń, nadwyobrażeń, uwagi, zabarwienia uczuciowego i t. d., do nadawania tym abstrakcyom własności energetycznych w stanie zdrowia umysłowego, i do przypuszczenia zaniku tych własności w stanach gonitwy myślowej.

Rozbiór doświadczalny natomiast wykazuje możność rzeczowego badania zjawisk psychopatologicznych z zupełnem pominięciem nawet tego mianownictwa psychologicznego, które utworzono ze źródła »czuć podmiotowych« bez możności ich sprawdzania przedmiotowego i którym hypotetycznie przypisano »siły kierownicze«. Metoda doświadczalna opiera się zatem wyłącznie na spostrzeżeniach i doświadczeniach w ściślejszem znaczeniu tego wyrazu.

II. Przykład. P. Anna W., 60 lat. Według podania jej siostry, matka ich była ekscentrycznego charakteru; będąc w ciąży, z której pochodzi Anna W., jeździła konno i upadła pewnego razu w taki sposób, że koń ją przez pewien czas włóczył po ziemi. Chora za czasów panieńskich marzyła o karyerze artystycznej, gdyż posiadała wybitny talent śpiewacki. Z bogatego domu rodziców przeszła jednak po wyjściu za mąż w skromne warunki i późniejsze obowiązki macierzyńskie uniemożliwiały jej zadowolnienie pragnień artystycznych. Pierwszy raz zachorowała umysłowo przed 30 laty po śmierci dziecka, przez 3 lata pozostawała w zakładzie. Wyzdrowiała zupełnie i potem rodziła jeszcze 2 razy. Żyje jej córka i syn, który wykazuje skłonność do wesołego życia i niezdolność do wytrwałej pracy systematycznej, pomimo ukończonych studyów uniwersyteckich, stopnia naukowego i dojścia do pewnego stanowiska, które porzucił w celu udania się do Boerów podczas wojny angielsko-boerskiej i od tego czasu prowadzi życie, pozwalające mu unikać zbytnich wysiłków pracy.

Chora zazwyczaj była usposobienia pogodnego, jakkolwiek w domowych stosunkach nieraz przykra, niecierpliwa i irytująca się, bardzo pobożna, ale bardzo lubiąca towarzystwo. Pomimo wielkiej otyłości nader ruchliwa.

W ostatnich dwóch latach chora kilkakrotnie przechodziła stany okrężne o różnem napięciu chorobowem, rozpoczynające się kilkotygodniowem typowo-maniakalnem podnieceniem, po którem następował okres przygnębienia melancholijnego z myślami o samobójstwie i z zachowanem, chociaż słabem, poczuciem chorobowości przebytego poprzednio stanu maniakalnego. Pomiędzy jednym cyklem, a drugim, okazywała chora w domu znaczniejsze niż zwykle rozdrażnienie, kłóciła się o drobiazgi ze służbą, irytowała na siostrę za jej spokój i wykazywała pewien niepokój, chodziła wciąż do znajomych, którzy jednak nic chorobliwego u niej w tych okresach nie spostrzegali. Po ostatnim cyklu, po przejściu stanu przygnębienia, okazywała chora lekki stan gonitwy myślowej przez kilka dni, po których stan ten nagle pogorszył się do zupełnego bezładu myślowego i znacznego podniecenia ruchowego, o ile na nie jej wiek i wielka otyłość pozwalały.

W pierwszym dniu tego bezładu myślowego chora, leżąc w łóżku, częściowo mówiła, zaś częściowo (rymowane ustępy) wyśpiewywała, trzymając obrazek święty w ręku: »O mój drogi, jeszcze są także święci! O Boże, Boże, jam stworzenie Twoje, czemu nie wskrzesisz umarłych z grobu!— (śpiewa:) Boś ty jest wyprana, boś ty wszystko tłómaczyła, każda wina, nawet świnia. — (spostrzegłszy, że ma ręce brudne) Ręce brudne, to szkoda! (śpiewa:) Ręca, ręca, u Renza była, tak matko miła! (mówi:) Jezus, jakaś ty lekkomyślna — o tę ufność, Maryniu (imię nieobecnej córki), tak, tak, co ty mówisz. Taka gaździna, taka nędzna, taka biedna. (śpiewa:) Miała, miała nogi, a ja znowuż rogi, lepiej, lepiej smoki, a jam roki. Boś ty Bóg, boś ty król, a magasy(?), o to jest lampa (mówi:) Bardzo dobrze, że doktór zapisuje, bo ja chcę tego, taka jest różnica między uczuciami. A jak mię te weszki opuściły, powiedz doktoreczku? Mój synek kochany, Roman, e, skąd Roman, — Marynieczka. To jedyna chwila, kiedy matce można było udawać, że nie jest świętą, i P. Jezus tak mię forytował. Daj matuchna kochana te obrazy, są w takiem zaniedbaniu (bierze święty obrazek i łamie go). O te koroneczki, to są takie sprzeczki. Za mękę Siczyńskiego ja proszę, o bardzo proszę, widzi matuchna (składa ręce jak małe dziecko i wymawia to tonem dziecinnej prośby, potem zaczyna nagle i bardzo głośno śpiewać:) Boś ty lekkomyślna .. (wyraz, nienadający się do druku) z urodzenia, o panienko święta, bo ja też cię kocham, a Andzia ma grzechy, o bardzo wielkie, chcesz, żeby cię kto wyprosił. O Polska jeszcze będzie, jam głupia, ty głupia!« — Tu chora zaczęła płakać, a wkrótce zacięła usta i na pewien czas przestała mówić.

W tydzień później, przy niezmienionym stanie podniecenia i bezsenności, chora mówiła do siebie, nie witając się wcale z wchodzącym lekarzem: »Kogo kocha więcej, czy Polskę, czy córkę? Jam rosyanka, Maryniu, oddam Polskę, oddam panu Polskę, myślałam, że moskal, — Rosya, — ratujcie, — kiepsko, — doktór ją wziął. Nie, nie, niech pan odda Marynię, niech pan odda Polskę za Rosyę, c'est une famille, tu restes là, wykradliście ruską księżniczkę, więc jeszcze raz wam powiem, Roman, ty jesteś świadkiem, od-

dam Polskę, — tu sais... (śpiewa). Ja się bałam wszystkiego, bo ja nie jestem wasza polka, bo ja rosyanka« (płacze).

III. Przykład. Inżynier G. S., 35 lat, z rodziny obarczonej dziedzicznie. Bardzo zdolny, nauki przechodził z łatwością; zawsze był nadwrażliwy, dwukrotnie już przebywał ostre stany amentyczne, trwające kilka tygodni. Pozostawał w zakładzie w Kochanówce od 18. X. 1902 do 18. I. 1903 z powodu ponownego wybuchu ostrego stanu amentycznego, który się nagle przejawił po kilkotygodniowym okresie przygnębienia, niepokoju i egocentrycznych wrażeń z chwilowemi urojeniami prześladowczemi. Chory w okresie bezładu myślowego w zakładzie okazywał silny negatywizm wobec otoczenia zakładowego i odwiedzającej go żony, wobec wszelkich zabiegów leczniczych, rozwijając pomimo szczupłej budowy ciała znaczną siłę mięśniową. Odżywiał się niedostatecznie, noce spędzał bezsennie pomimo stosowanych środków nasennych; zanieczyszczał się. Przytem zachowywał chory zupełny mutacyzm, który pozwolił dowiedzieć się o przebytym stanie gonitwy myślowej wysokiego stopnia dopiero w okresie zdrowienia. Chory z wielką inteligencyą i krytycyzmem opowiadał, a częściowo i sam opisywał, przebyty stan bezładnego nawału jednych myśli i obrazów za drugiemi, zmieniających się z wielką szybkością i przenoszących go w paromiesięcznym okresie choroby częstokroć w takie jego dawniejsze miejsca pobytu i sytuacye, o których już zupełnie zapomniał za czasów zdrowia, albo w położenia i stany psychiczne innych osób, znanych mu bądź osobiście, bądź tylko z literatury, o ile w swoim czasie przy jej czytaniu odbierał silniejsze wrażenia. Tak więc w pewnym czasie choroby p. S. przeżywał losy nihilisty, w innym czasie uważał siebie za żyda wiecznego tułacza, — za jeńca wojennego, albo za Lohengrina siebie i Elzę von Brabant za żonę, a rzeczywistą swoją żonę za córkę i t. p., bądź wcielając się całkowicie w te nowe role, bądź też zachowując częściowo właściwości swojego charakteru. Otoczenia zakładowego, jako instytucyi leczniczej nie obejmował, spostrzegając tylko szczegóły, które przekształcał i przeżywał na modłę biegu myślowego danej chwili, a więc np., nie chciał jeść podanego mu rosołu dla tego, że w pewnej grupie pływających na jego powierzchni kropel tłuszczu widział wojska niemieckie, zaś w innej grupie wojska rosyjskie i oczekiwał rozpoczęcia się tej bitwy pod Rygą (chory był Niemcem z prowincyi nadbałtyckich). Niektóre wspomnienia chorego z okresu bezładnej gonitwy myślowej były dość dokładne, inne mgliste; ogólne wrażenie, jakie pozostało po chorobie, było wrażeniem jakiegoś obcego, dziwnego stanu psychicznego, podobnego do stanu urojeń sennych i nadzwyczajnego bogactwa myśli, które ogarnęły całe jego dotychczasowe życie i całą jego wiedzę

Przykład ten, — jak i niektóre inne przykłady bezmysłu (amentia), rozwijającego się nie ze stanu maniakalnego —, przemawia wyraźnie przeciwko zdaniu Aschaffenburga [10]), który gonitwę myślową uważa za »objaw częściowy ogólnego ułatwienia procesów psychoruchowych«. Zdanie to jest słuszne w zastosowaniu do tych stanów bezładnej gonitwy myślowej, która się rozwija ze stanów maniakalnych, ale tylko częściowo może być zastosowane do wielu innych przypadków amentycznych i w żaden sposób nie może tłómaczyć stanów takich, jak inż. S., który przez cały okres bezładnej gonitwy myślowej wysokiego stopnia nietylko zachowywał mutacyzm, ale wogóle nie okazywał żadnego podniecenia ruchowego, o ile był pozostawiany samemu sobie.

(Dokończenie nastąpi).

[10]) Die Ideenflucht. Psychologische Arbeiten (Kräpelin) 1902, H. 2.

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

Niejedną nowość w zakresie chirurgicznego leczenia urazów i chorób jamy brzusznej, szczególnie zapalenia otrzewnej, przyniosły nam lata ostatnie. Głębsze zrozumienie fizyologicznego znaczenia wielu narządów nadały symptomatologii i rokowaniu charakter bardziej zdecydowany i wskazały nowe zadania lecznicze. Leczenie chirurgiczne zyskało na znaczeniu, oraz na świadomości swoich celów, a literatura chirurgiczna szczyci się wieloma świetnemi pracami krytycznemi i doświadczalnemi z tego zakresu. Do dziś jednak napotykamy tu pytania nierozstrzygnięte.

Miałem sposobność spostrzegać następujące trzy przypadki, które w interesującej nas dziedzinie zasługują na opis:

I. W dniu 29. maja 1909 o godzinie $10^1/_2$ zrana przywieziono do szpitala 25-letniego robotnika A. H. Został on na godzinę przedtem postrzelony (podczas ucieczki przez okno sali fabrycznej). Przy badaniu rannego, który bynajmniej nie sprawiał wrażenia ciężko chorego, spostrzegłem tuż przy lewym brzegu kości ogonowej małą okrągłą ranę. W odbytnicy zmian niema; brzuch niewzdęty, niebolesny i na ucisk niewrażliwy, z wyjątkiem miejsca w okolicy talerza kości biodrowej, w którem raniony przy ucisku uczuwał ból. Mięśnie powłok brzusznych ani z prawej, ani z lewej strony nie napięte. Brak otworu wyjścia kuli. Oddychanie prawidłowe, spokojne, o charakterze wybitnie brzusznym. Tętno miarowe, silne, nieprzyspieszone — 80. Ciepłota prawidłowa. Przy opukiwaniu klatki piersiowej i brzucha nie spostrzega się nic nieprawidłowego, zwłaszcza w jamie otrzewnej niema wolnego płynu; granice wątroby prawidłowe. Chory nie wymiotował. Mocz przeźroczysty, barwy prawidłowej, bez domieszki krwi. Opatrunek aseptyczny. O godzinie 4 popołudniu tegoż dnia zastałem chorego dobrze usposobionego i utrzymującego, że lekki ból w okolicy kości biodrowej ustąpił prawie zupełnie. O godz. 7 wieczorem ciepłota podniosła się do 38°,2, tętno 84. Stan podmiotowy dobry. O godz. 11 wieczorem, ciepłota 38°,4, tętno 88. Chory niespokojny, narzeka na odbijanie, mdłości, przewiduje wymioty i uskarża się na dokuczliwy ból w jamie brzusznej. Brzuch wzdęty, przy najlżejszym ucisku nader bolesny. Te objawy, wskazujące na rozwijające się zapalenie otrzewnej, nakazały interwencyę. Przy laparotomii (cięcie poprowadzone od pępka do spojenia łonowego), dokonanej w 15 godzin po postrzale, okazało się, co następuje: Po otwarciu otrzewnej uchodzi gaz z jamy brzusznej i wydziela się płyn mętny, zawierający krew. Wydobyto na zewnątrz pętlę kiszki; jest to skurczona okrężnica poprzeczna, w której znaleziono ranę drążącą tuż przy nasadzie krezki. Zaszyto ją szwem dwupiętrowym Lemberta. Z lewej połowy jamy brzusznej występuje wzdęta pętla esowata, którą wydobyłem całkiem na zewnątrz. Część krezki tej pętli, bezpośrednio stykająca się z kiszką i sama pętla esowata prawie do połowy obwodu przepojone krwią. Blizko nasady krezki pętli esowatej znajduje się w kiszce tej okrągła drążąca rana, którą również zaszyto dwupiętrowym szwem; w innem miejscu tej pętli znajdujemy brak w otrzewnej w postaci trójkąta, którego podstawa znajduje się bezpośrednio przy nasadzie krezki. Ta rana, której dno stanowiła błona mięsna, naciekła krwią, była 1 cm. długa (od wierzchołka do podstawy trójkąta); zamknięto ją szwem dwupiętrowym. Pętle kiszek, które w czasie operacyi występowały z jamy brzusznej na zewnątrz, były wzdęte, otrzewna ich zaczerwieniona. Rany żadnej na nich nie zauważono. Płukania jamy brzusznej nie zastosowano, na-

tomiast wprowadzono do jamy miednicy tampon Mikulicza i ranę powłok brzusznych zaszyto z pozostawieniem zwykłego otworu. W dniu 4. VI. tampon usunięto. Dalszy przebieg nie przedstawia nic osobliwego. W dniu 5. VII. chory opuścił szpital. Kuli nie znaleziono. Zaznaczyć należy tylko to, że nazajutrz po operacyi, a więc 30. V., ciepłota spadła do normy i pozostała prawidłową przez cały czas, z wyjątkiem 3. i 4. VI. (a więc w przededniu i w dniu wyjęcia tamponu), w których podniosła się do $38,1^0$.

Mamy tu przypadek, gdzie pomimo znacznych obrażeń kiszek nie wystąpiły żadne objawy — ani ogólne, ani miejscowe — któreby na podobne obrażenia mogły wskazywać: ani wstrząsu, ani widocznych lub namacalnych zmian w powłokach brzusznych, ani objawów ze strony jamy otrzewnej nie było. Wobec braku objawów rany drążącej brzucha — nieznacznemu bolowi w okolicy lewego talerza kości biodrowej nie można było przypisywać poważniejszego znaczenia; jego przyczyna mogła być inna, dopiero zmiana stanu chorego, która nastąpiła wieczorem dnia 29. V„ wyjaśniła sytuacyę. A więc nie samo obrażenie kiszek jako takie było jawnem, lecz jego skutek — zapalenie otrzewnej — wskazywał na rodzaj rany postrzałowej.

II. Rana postrzałowa obydwu ścian żołądka. 44-letni robotnik fabryczny, Franciszek G., biegł na pomoc sąsiadowi swemu, na którego dom napadła banda rozbójników przyczem odniósł z odległości mniej więcej 20 kroków, ranę postrzałową brzucha. Wypadek nastąpił w dniu 30. maja r. z. o godz. $9^1/_2$ wieczorem. O godz. 6 popołudniu napił się on był kawy i zjadł kawał chleba z masłem. O godz. $12^1/_2$ w nocy przywieziono go do szpitala (z domu: 3 wiorsty od miasta). Nieco słabo odżywiony chory jęczy z bolu. Bezpośrednio pod lewym łukiem żebrowym w odległości 9 cm. od linii środkowej brzucha znajduje się okrągła, mało krwawiąca rana. Brzuch, w dolnych częściach cokolwiek wzdęty, przy ucisku nieco bolesny. Mięśnie proste brzucha napięte, lewy więcej, niż prawy. Przy opukiwaniu brzucha odgłos bębenkowy, z lewego boku przytłumiony. Na tylnej ścianie lewej połowy klatki piersiowej pomiędzy 10. i 12. żebrem guz chełboczący (krwiak), oddalony od wyrostków ościstych o 7 cm. Obcego ciała się w nim nie wyczuwa. Mocz wydobyty zapomocą cewnika okazuje lekkie zmętnienie. W płucach i sercu zmian niema. Chory nie wymiotował. Ciepłota $37,4^0$, tętno 88, słabe. Rozpoznano ranę postrzałową żołądka i przystąpiono o godz. $5^1/_2$ zrana d. 31. maja do operacyi. Cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu lewego mięśnia prostego od wlotu postrzału ku dołowi do wysokości pępka. Po przecięciu otrzewnej wylewa się z jamy brzusznej krew i występuje na zewnątrz część sieci. Na wydobytej okrężnicy poprzecznej i znajdujących się w sąsiedztwie jelitach cienkich rany nie znalazłem. Wydobyłem żołądek, o ile to było możliwe. Na przedniej jego ścianie, bliżej krzywizny małej, znajduje się ziejąca rana średnicy 8 mm., o brzegach równych, z której wydziela się nieco krwi i płynnej treści żołądka. Zaszyto ją szwem dwupiętrowym. Miazgi pokarmowej w widocznych częściach jamy brzusznej nie zauważono. Wydobyłem następnie przez otwór, zrobiony w więzadle żołądkowo-okrężniczem, tylną ścianę żołądka, na której znalazłem ziejącą ranę średnicy 5 mm., o brzegach równych; zaszyto ją szwem dwupiętrowym. W torbie sieciowej nie zauważono treści żołądkowej. W dolnej części rany powłok brzusznych wydobywała się z jamy brzusznej bezustannie krew, zarówno płynna, jak skrzepła. Oczyszczenie lewej połowy jamy otrzewnej, w której nagromadziła się krew, zajęło sporo czasu. Na ścianach żołądka i widocznych pętlach jelit, których otrzewna zlekka była zaczerwieniona, nie zauważono żadnych nalotów. Wydobyte celem zbadania pętle jelit opłukano ciepłym rozczynem soli kuchennej przed ich odprowadzeniem do jamy brzusznej, ściany żołądka zaś oczyszczono suchymi i zwilżonymi rozczynem soli kuchennej kawałkami gazy. Pomiędzy przednią ścianę żołądka i powłoki brzuszne wprowadzono pas gazy wyjałowionej, część zaś lewej połowy jamy brzusznej, w której nagromadziła się krew, osączkowano sposobem Mikulicza. Ranę powłok brzusznych zaszyto pomiędzy zewnętrznymi końcami tamponów. Wreszcie otwarto zapomocą cięcia krwiak na tylnej ścianie lewej połowy klatki piersiowej, celem wydobycia kuli; gdy jednak nie znaleziono jej natychmiast, zaniechano dalszego szukania, by operacyi nie przedłużać, i zaszyto ranę całkowicie. Przebieg operacyi przerywały wymioty, przyczem wydzielała się płynna treść żołądka, zmieszana ze stałemi resztkami pokarmu.

W pierwszym dniu po operacyi chory otrzymywał tylko kawałki lodu i wodę do płukania ust, celem zmniejszenia pragnienia; w następnym dniu małe ilości mleka i lawatywy odżywcze. W dniu 9. VI. usunięto tampony z jamy brzusznej. W dniu 18. VI. podniosła się ciepłota, która dotychczas była prawidłowa. W dniu 19. VI. doszła do $38^0,9$. Badanie wykazało: na tylnej ścianie lewej połowy klatki piersiowej w dolnych częściach jej do wysokości kąta łopatki odgłos przy opukiwaniu przytłumiony, zaledwie dosłyszalny szmer oddechowy, drżenie nie wyczuwalne. W dniu 20. VI. przez nakłucie tylnej ściany lewej połowy klatki piersiowej wydobyto przeźroczysty płyn surowiczy. Przytem wyczuwa się pomiędzy 11. i 12. żebrem w odległości 10 cm. od wyrostków ościstych twarde podłużne ciało — kulę: usunięto ją zapomocą małego cięcia skórnego. Średnica kuli 8 mm. Do 25. VI. ciepłota waha się pomiędzy 38^0 (zrana) i $38,9^0$ (wieczorem); od tego dnia ciepłota spada do normy i pozostaje prawidłową do dnia zupełnego wyleczenia chorego, który opuścił szpital w dniu 27. VII.

Mieliśmy tu w czasie — pomyślnego zresztą — przebiegu krótkotrwałe zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym.

Przypadek ten potwierdza badania doświadczalne v. Frischa. Badania te okazały, że przy postrzałach, przeszywających obiedwie ściany żołądka, wylot postrzału na tylnej ścianie żołądka zawsze jest mniejszy od wlotu postrzału na przedniej ścianie, następnie, że wylot postrzału w rzadkich tylko przypadkach jest okrągły, prawie zawsze mały, rzadko ziejący i najczęściej zamknięty przez t. z. »bouchon muqueux«, który wprawdzie zapobiega wydobywaniu się treści żołądka, jednak nie może zapobiedz wydobywaniu się płynu. I w naszym przypadku wylot postrzału na tylnej ścianie żołądka był bez mała o połowę mniejszy od wlotu na przedniej ścianie; wylot był wprawdzie ziejący i nie zamknięty czopkiem śluzowym, a mimo to do torby sieciowej nie wydostała się treść żołądka.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Głowa, szyja, klatka piersiowa).

Prof. Anton. **Ogólne doniesienie o 22 operacyach mózgu zapomocą nakłucia spoidła.** (Mediz. Klinik 1909, Nr 48). Swobodna łączność płynu jam z przestrzenią podoponową mózgu i rdzenia jest u człowieka wprost niezbędna. Tymczasem w wielu chorobach łączność ulega zaburzeniom. Różne podane zabiegi lecznicze okazały się niedostatecznymi. Dopiero autor wspólnie z Prof. Bramannem wypróbowali sposób dość łatwy, a pewny. Wykonuje się

go w następujący sposób: Na czaszce poza szwem wieńcowym, zwykle więcej ku stronie prawej blizko szwu strzałkowego robi się mały otworek trepanacyjny, przecina się oponę twardą i odpowiednią rurkę wsuwa się wzdłuż sierpu przez spoidło aż do komory. Po odpłynięciu płynu rozszerza się jeszcze trochę wykonany kanał, przez co stwarza się połączenie komory z przestrzenią podoponową. W ten sposób operowano 22 chorych z powodu różnych cierpień, jak wodogłowia, guzów i t. p. Wynik był tem lepszy, pod im większem ciśnieniem płyn z rurki się wydobywał. Operacyę wykonywać można od biedy nawet w znieczuleniu miejscowem, a chorzy znoszą ją zawsze bardzo dobrze. Poprawa stanu chorych często jest bardzo wybitna. I tak powraca przytomność, znika przekrwienie dna oka i oślepnięcie wstrzymuje się na długi czas, bole głowy znikają lub zmniejszają się i t. p. Otwór pozostaje drożnym, jak to wykazały sekcye, nawet i po pół roku. Według dotychczasowego doświadczenia operacya ta jest wskazana: 1) Przy wielkiem wodogłowiu u dzieci, zwłaszcza tam, gdzie obawiamy się zaniku mózgu i móżdżku z ucisku, dalej w przypadkach guzów mózgu z wodogłowiem wewnętrznem. 2) Zabieg ten wykonywać też można jako operacyę pomocniczą przy otwarciach czaszki, celem zapobiegania wytworzeniu się lub powiększaniu przepukliny mózgowej. 3) W końcu operacyi tej próbować można przy schorzeniach nerwu wzrokowego wskutek wad w kształcie czaszki, n. p. przy czaszce stożkowatej. Klęsk.

Prof. Anton. **W sprawie leczenia tarczy zastoinowej przy długogłowiu (Thurmschädel).** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 34). 30-letni pomocnik siodlarski zgłosił się na klinikę na służącego, wkrótce jednak przekonano się, że jest do tej pracy niezdolny, albowiem nie widzi dobrze i nie może dokładnie skupiać uwagi. Bliższe badanie wykazało wybitne długogłowie. Badany podaje, że w szkole uczył się bardzo źle i wtedy już gorzej widział. Około 14. roku życia wzrok jednak poprawił się; w ostatnich czasach pogarsza się znowu, zwłaszcza na oku lewem i występują często bole głowy i zaburzenia słuchu. Na oku prawem 5/15, na lewem liczy palce poniżej 1 metra, a od strony nosowej górnej wykryć można wielki ubytek w polu widzenia. Nadto ślepota na barwy zieloną i czerwoną. Przy badaniu wziernikiem wykazuje się: prawa brodawka płaska, o konturach zatartych, na brzegach złogi barwikowe. Tętnice i żyły wązkie. Lewa brodawka wystająca, około naczyń białe pasy, zapewne pozostałości zastoiny. Oprócz tego zez rozbieżny (od 8 lat istniejący). Słuch, zwłaszcza po stronie lewej upośledzony; podobnie i powonienie. Największy obwód czaszki 515 mm, wymiar długi 170 mm, poprzeczny 136 mm. Wobec typowych zmian i przebiegu choroby rozpoznano: długogłowie wielkiego stopnia, ze skróceniem podstawy czaszki, spłaszczeniem oczodołu, zanik nerwów wzrokowych, upośledzenie następowe słuchu i powonienia. Ponieważ wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem, postanowił Prof. Bramann wobec ciągle postępujących zmian przystąpić do sączkowania mózgu zapomocą nakłucia spoidła. Nad najwyższym punktem sklepienia czaszki więcej po stronie prawej usunięto zapomocą świdra Doyena kość na przestrzeni marki Żyły opony twardej rozdęte i silnie krwią wypełnione. Przebicie spoidła aż do komór, zaszycie skóry, sączkowanie. Wynik operacyi był wcale pomyślny. Wzrok poprawił się (na oku prawem 2/3, na lewem nieco mniej).

Zmiany wskutek długogłowia są dość typowe. Zwrócił na nie uwagę Gräfe i Virchow. Najczęściej tarcza zastoinowa występuje na obu oczach (silniej po stronie lewej), rzadko na jednem. Rokowanie wogóle bardzo złe. Zazwyczaj spostrzega się też upośledzenie słuchu, a zwłaszcza węchu. Zaburzenia wzrokowe występują dość wcześnie, między 1—8. rokiem życia, wiodąc czasem do zupełnej wczesnej ślepoty. Z innych objawów wspomnieć należy o bolach głowy, drgawkach, niekiedy z chwilową utratą przytomności. Inteligencya zwykle nie bywa upośledzona. Przyczyny zmian szukać należy w ucisku na nerwy, wywołanym przez rosnący mózg wskutek małej pojemności czaszki przy wczesnem zarośnięciu szwów, przyczem i pewne ogólne zmiany w ustroju odgrywają ważną rolę, wiemy bowiem n. p., że zmiany w czaszce da się wywołać sztucznie u zwierząt przez wycięcie tarczycy z zachowaniem ciałek nabłonkowych (Epithelkörperchen) czyli gruczołów przytarczycznych. Wielki wpływ na rozwój kości czaszki ma krążenie. Przy długogłowiu spotyka się upośledzenie dopływu i utrudnienie odpływu krwi, co też i w danym przypadku stwierdzono. Badanie rentgenowskie oddaje i w długogłowiu cenne usługi, wykazuje bowiem skrócenie oczodołu, wypuklenie siodła i środkowej czaszki ku wewnątrz i t. p. Klęsk.

Prof. Krause. **Operacyjne leczenie padaczki.** (Med. Klinik 1909, Nr 38). Prócz padaczki urazowej o bezpośrednio znanej przyczynie anatomicznej w mózgu, i odruchowej (blizny zrośnięte z nerwami i t. p.), przystępować powinniśmy do operacyi także w przypadkach objawowej padaczki Jacksona, a nawet padaczki samoistnej. Przy padaczce Jacksona zwykle zapomocą drażnienia faradycznego udaje się wyszukać ośrodek, dający powód do napadów, i wtedy wycinano go podług Horsleya aż do istoty białej. Wyniki przy tem postępowaniu ma K. wcale zachęcające. Celem usunięcia wszelkiego niebezpieczeństwa radzi K. operować dwuczasowo, t. j. naprzód operacya kostna, a dopiero w 5—8 dni mózgowa. Przy padaczce samoistnej wprawdzie wyniki ostateczne nie są zbyt świetne (na 12 operacyi miał K. jedno wyleczenie i jedną wybitną poprawę), ale nie należy opuszczać rąk, zwłaszcza, że postępując podług Kochera (założenie wentylu w kości) nie narażamy chorego na żaden ciężki zabieg. K. nie usuwa zupełnie kości, lecz z odciętego kawałka okrawa brzegi na 1 cm i wkłada resztę z powrotem w ubytek, przez co powstaje pierścieniowaty wentyl. K.

Onodi. **O wartości rozpoznawczej elektrycznego i radyograficznego prześwietlania jamy czołowej.** (Tow. lek. Peszt. Maj, 1909). O. odmawia większej wartości prześwietlaniu jam czołowych, gdyż nietylko nie daje ono pewnych danych rozpoznawczych, n. p. co do wielkości i zawartości jam, ale nawet nieraz może mylić. Do zdania tego doszedł O. po zbadaniu 1200 czaszek dorosłych i dzieci. Mylnem jest utarte zdanie, że jama czołowa u mężczyzn jest zwykle większa, niż u kobiet, podobnie jak i to, że lewa jama zwykle jest większa od prawej. W $^1/_3$ znalazł O. obie jamy równej wielkości, a w $^2/_3$ większa była raz lewa, raz prawa. Także twierdzenie, że u ludzi dzikich jamy czołowe są znacznie mniejsze, jest nieprawdziwe, o czem przekonał się O., badając negrów. Z rozwoju łuku brwi nie można wysnuwać żadnego wniosku o rozległości jamy. Średnie rozmiary jamy czołowej wynoszą: długość 15—35 mm, szerokość 20—40 mm, wysokość 6—32 mm. W 30% przy prześwietlaniu elektrycznem nie udaje się wogóle wykazać jam czołowych. Jasność miejsca prześwietlonego zależy nietyle od zawartości jamy, ile od grubości kości. Treść ropna przy cienkiej kości nie daje cienia, a naodwrót cień występuje, gdy kość jest gruba, choć ropy w jamie niema. Obraz rentgenowski jest o wiele wiarygodniejszy, ale i on także żadnej bezwzględnej pewności nie daje i nie chroni od pomyłek, o czem przekonał się O. kilkakrotnie przy operacyach. A.

Prof. F. König. **O operacyach na żuchwie i zastępowaniu jej sztuczną.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 51). Sztuczne zastępowanie częściowo wyciętej żuchwy bywa przez chirurgów mało stosowane, a to z dwóch powodów: 1) W przypadkach, gdzie wykonano zabiegi duże, chodzi zwykle o nowotwory i tu według zdania wielu operatorów wprost nie warto myśleć o protezie. A jednak tak nie jest i każdy chirurg, zajęty w większym szpitalu, nieraz miałby sposobność sztucznego zastępowania żuchwy po operacyi. Nie jest to tak trudne i tam, gdzie się udaje operować jałowo bez naruszenia błony śluzowej, można wgajać

bardzo dobrze kawałki kości słoniowej, jak się o tem K. kilkakrotnie przekonał. Nawet w razie zakażenia kawałki te wgajały się po utworzeniu się przetok. Gdzie więc zębów w żuchwie niema, lub utworzenie protezy jest za kosztowne, możemy odrazu przy operacyi, zwłaszcza jeżeli operowaliśmy czysto, zastąpić wycięty kawałek sztucznie. Nadają się też do tego gotowe sztuczne żuchwy z twardej gumy, znajdujące się w handlu (podane przez Prof. Schrödera), z których wycina się odpowiedni kawałek. W ten sposób zastąpić można nawet część stawową żuchwy. A.

Prof. Schloffer. **O operacyach wola.** (Sprawozdanie z 450 przypadków). (Med. Klinik 1909, Nr 38). W Tyrolu ludność nabrała już zupełnego zaufania do operacyi wola: nic też dziwnego, że za $5^1/_2$ lat może się S. poszczycić 450 przypadkami, z czego 11 dotyczy operacyi nowotworów, 22 ostrego zapalenia gruczołu tarczowego (12 nacięć, 10 wycięć) i 20 przypadków choroby Basedowa. Wyniki ma S. bardzo dobre. Wprawdzie doskonale operować można w znieczuleniu miejscowem, S. jednak dodaje zwykle do tego lekkie uśpienie ogólne celem uspokojenia chorych, albowiem zabieg sprawiałby na chorych za duże wrażenie. Przy wielkich zmianach w sercu S. nie operuje. Chorych z silną dusznością kładzie do łóżka, stosuje miejscowo zimne okłady i podaje morfinę. Zwykle poprawia się oddech przytem tak, że w kilka dni przystąpić można do zabiegu. Z tego też powodu zaledwie w 2 przypadkach przystąpiono do otwarcia tchawicy i to raz z powodu zwężenia kiłowego, a raz z powodu silnego zapadnięcia się tchawicy. S. nie spostrzegał ani razu w następstwie operacyi charłactwa ani tężyczki, stara się jednak szanować ciałka nabłonkowe, unikając o ile możności podwiązywania tętnicy dolnej, zwłaszcza gdy operuje nawrót po stronie drugiej; w razie potrzeby podwiązania pozostawia przy tętnicy większy kawałek gruczołu. Z 12 pooperacyjnych porażeń nerwu zwrotnego w 9 zmiany ustąpiły bez śladu, w 1 pozostało trwałe porażenie, o 2 brak wiadomości. Przy chorobie Basedowa wyniki były dobre, żadna chora nie zmarła. Przy ostrem zapaleniu gruczołu nacięcie zwykle nie wystarcza, bo pozostają przetoki, wymagające następowej doszczętnej operacyi. Co do ostatecznych wyników, to 235 operowanych dało znać o sobie. 199 miewa się dobrze, u 32 gruczoł znowu się powiększa, u 8 mimo operacyi utrzymują się nadal dawne przypadłości. K.

Spengler. **Przebieg gruźlicy płuc pod wpływem sztucznej odmy piersiowej.** (Schweiz. Korresp.-Bl. 1909, Nr 23). S. zestawia 40 przypadków, leczonych sztucznie odmą piersiową. Leczenie to znajduje zastosowanie jedynie w przypadkach jednostronnej ciężkiej gruźlicy płuc. Gaz wpędza S. pierwszy raz przez nacięcie, a nie na ślepo drogą nakłucia. Leczenie trwa długo, 1—2 lat, przyczem napełnianie jamy opłucnej gazem trzeba powtarzać. Z 40 przypadków w 25 wynik dobry, w 6 mały, w innych wątpliwy. K.

Muralt. **Leczenie ciężkiej jednostronnej gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50—51). Rozpoczęte w ostatnich latach przez Murphyego w Ameryce, Forlaliniego we Włoszech i Brauera w Niemczech leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie. Właściwie pierwszą myśl podał Carson w połowie ostatniego stulecia. — Do ucisku płuca próbowano różnych ciał, i tak najpierw fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Ten jednak ulega za szybko wessaniu i wpływa na podniesienie ciepłoty. Oliwa, parafina i t. p. drażnią znów bardzo opłucnę, a nawet wywołać mogą wysięk. Podobnie rozczyn azotanu srebra. Zwrócono więc uwagę na gazy, albowiem drażnią one opłucnę najmniej, a zarazem wywołują równomierny ucisk, gdy płyny opadają w dolne części. Tlen i bezwodnik kwasu węglowego ulegają za szybko wessaniu, tak że pozostaje tylko azot, ewentualnie jałowe powietrze atmosferyczne. Celem uniknięcia ewentualnych zatorów powietrznych zaleca M. sposób Brauera, t. j. nacięcie skóry, przedzielenie mięśni międzyżebrowych aż do opłucnej i przebicie jej tępą igłą. Forlanini przebija odrazu skórę bez cięcia ostrą igłą. Jeżeli istnieje przytem wysięk, to zadanie jest ułatwione. Zawsze powinno się operować z manometrem. Gdy igła znajduje się w opłucnej, ciśnienie waha się między 4—6 cm słupa wody (przy bardzo forsownem oddychaniu dojść może do 12 cm). W miarę wpędzenia gazu podnosi się stale ciśnienie, tak n. p. 700 cm^3 gazu podnosi ciśnienie mniej więcej o 8 cm. Zmiana ciśnienia zależy także naturalnie od tego, czy są zrosty opłucne, czy też ich niema. Nie powinno się osiągać większej różnicy ciśnienia (w porównaniu z początkowem) jak 10 cm. Niektórzy za radą Forlaniniego wpędzają tylko po 100 cm^3 gazu, powtarzając natomiast wpędzanie często, a to z obawy, by nagłe wprowadzenie większej ilości gazu nie wywołało powikłań ze strony serca i t. p. Co do wessalności gazu, to zdrowa opłucna wchłania na dobę około 100 cm^3 azotu, dlatego też trzeba te wpędzania z początku powtarzać co parę dni. Wchłanianie jest zwolnione w razie zgrubień opłucnej, stanu zapalnego, a zwłaszcza przy wysięku. Wpływ odmy piersiowej na stan ogólny jest zwykle bardzo widoczny i szybki. Ciepłota wraca do stanu prawidłowego, chorzy podmiotowo czują się znacznie lepiej, apetyt powraca, wzrasta ciężar ciała i t. p. Plwocina z początku staje się obfitszą i zawiera bardzo wiele prątków, potem jednak z dnia na dzień staje się skąpszą, więcej śluzową i często znikają z niej włókna elastyczne i prątki. Nieraz znika też po tem leczeniu odczyn dwuazowy z moczu. Czasem z powodu ucisku na przeponę skarżą się chorzy z początku na przypadłości żołądkowe, zwłaszcza jeżeli wywołano odmę po stronie lewej. Z powodu przesunięcia serca występuje często bicie serca. Chorzy prędko jednak przezwyciężają te przypadłości, a tętno rychło staje się wolnem i pełnem. Odma podskórna, niekiedy się wydarzająca, bywa zupełnie niewinnem powikłaniem.

Co do wskazań do tego sposobu leczenia, to autor hołduje zdaniu Brauera i przystępuje do leczenia odmą głównie przy jednostronnej gruźlicy (lub przy nieznacznych zmianach po stronie drugiej) i to w przypadkach ciężkich tam, gdzie poprzednie leczenie wewnętrzne i sanatoryjne nic nie pomogło. Działanie korzystne odmy polega na ucisku, który tamuje krwotoki, wyciska wydzielinę ropną, wywołuje zapadanie się jam i niedokrwienie płuca. Przy sekcyi znajdowano nawet wytwarzanie się blizn wokoło ognisk gruźliczych.

Jak długo należy leczyć odmę? Najkrótszy czas leczenia i to w przypadkach świeżych wynosi 6—12 miesięcy; w przypadkach ciężkich i dawniejszych znacznie dłużej. Chorzy z odmą sztuczną mogą zwykle oddawać się swemu zajęciu, o ile nie wymaga ona wielkich wysiłków fizycznych.

M. leczył w ten sposób w Davos 16 chorych. W 3 przypadkach z powodu zrostów nie udało się wywołać odmy. Jeden chory zmarł, drugi ma się źle, u reszty zaś wynik wcale dobry mimo, że chorzy byli już w bardzo ciężkim stanie. Jeden nawet wyzdrowiał zupełnie, a 2 jest na drodze do wyzdrowienia. K.

Grasmann. **Przyczynek do leczenia ciężkich postrzałów płuc zapomocą szwu.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 41). Dotąd przy postrzałach płuc postępuje się przeważnie zachowawczo, t. j. zaleca się spokój, okłady lodowe, podaje środki tamujące krwotok, morfinę, ewentualnie wypuszcza się krew z jamy opłucnej. Wyniki lecznicze są bardzo smutne. Garre zebrał 700 przypadków zranień płuc i znalazł, że przy zachowawczem postępowaniu śmiertelność wynosi 40%, a licząc powikłania nawet 63%. Przy tem postępowaniu chory, który przebył już pierwsze niebezpieczeństwo, narażony jest jeszcze dalej na różne powikłania, jak ropienia, zakażenie ogólne, a wreszcie zrosty opłucne. Z drugiej strony zważyć należy, że obecnie operacya w klatce piersiowej nie przedstawia tak wielkiego niebezpieczeństwa, że trwa ona krótko, jest łatwa i wyko-

nać się daje w znieczuleniu miejscowem. Nadają się do operacyi przypadki szybkiego powiększania się krwotoku i odmy piersiowej pod wielkiem napięciem. Dwa takie przypadki operował właśnie G. w uśpieniu chloroformowem. Przez wycięcie jednego lub kilku żeber, zyskuje się dobry dostęp. Po otwarciu jamy opłucnej chwyta się płuco ręką i podciąga ku ranie, przez to unika się zapadnięcia. Rany w płucu zwykle łatwo wyszukać. Zeszywa się je cienkim jedwabiem, chwytając miąższ płuca niedaleko brzegów rany. Po usunięciu krwi i skrzepów szczelne zaszycie całej rany. Przy ranach trudno dostępnych, n. p. koło wnęki, trzeba tamponować. Dotąd opisano 43 przypadków interwencyi chirurgicznej przy zranieniach płuc, z czego 25 z Rosyi. Śmiertelność 37%. K.

Willy Meyer. **Postępy w używaniu zmiennego ciśnienia przy operacyach śródpiersiowych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Niebezpieczeństwo operowania w klatce piersiowej zostało rzeczywiście usunięte dopiero od czasu wprowadzenia operacyi pod zmiennem ciśnieniem. Sauerbruch wynalazł komorę pneumatyczną, zapomocą której nad tułowiem wywołać można rozcieńczenie powietrza (około 7 mm Hg); głowa, a przez to i oddech znajdują się poza komorą. Wskutek tego uzyskuje się różnicę ciśnienia pomiędzy płucami, a jamą opłucną. Jest to t. zw. postępowanie pod zmniejszonem ciśnieniem. W przeciwieństwie do tego podał Brauer t. zw. postępowanie pod zwiększonem ciśnieniem. Głowę chorego umieszcza w komorze, w której ciśnienie jest zwiększone (około 7 mm Hg). Sposób Sauerbrucha wyłącza zupełnie powstanie operacyjnej odmy piersiowej i dozwala na zwykłe wykonywanie uśpienia. Chirurdzy podzielili się na dwa obozy. Jedni zostali zwolennikami zwiększonego, inni zmniejszonego ciśnienia, choć właściwie nikt nie starał się rozstrzygnąć, które postępowanie jest lepsze. M., zastanawiając się nad tą sprawą, doszedł do przekonania, że najpożądańsze byłoby stworzenie przyrządu łatwo przenośnego, w którymby można wywoływać naprzemian raz zwiększone, to znowu zmniejszone ciśnienie bez przerwy w operowaniu przy zachowaniu łączności z usypiającym i operowaniu z asystą w zwykły sposób i t. p. Z pomocą swego brata, inżyniera, zbudował M. taką kamerę i operuje już w niej z dobrym skutkiem w swoim szpitalu w Nowym Yorku. Przyrząd składa się z dwóch komór, umieszczonych w sobie; mniejsza, wewnętrzna jest dodatnią, większa, zewnętrzna, ujemną. Pierwsza służy za pokój do narkozy, druga za salkę operacyjną. Przyrząd daje się przesuwać na kółkach i łatwo obsłużyć. K.

Kölliker. **W sprawie ezofagoskopii.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). K. ogląda przełyk zapomocą rur twardych lub elastycznych. Przeważnie bada K. chorych siedzących, u 1/3 udaje się badanie nawet bez znieczulenia miejscowego. Ewentualnie znieczula K. gardło 3—8% cukainą lub kokainą. Chory siada na nizkiem krześle, asystent trzyma głowę ku tyłowi i wtedy wprowadza operator rurę z zatyczką aż poza chrząstkę obrączkową, poczem usuwa zatyczkę i wprowadza rurę już dalej pod nadzorem oka. Cewę elastyczną wprowadza się również z zatyczką. Po usunięciu zatyczki wprowadza się do środka rurę twardą. Dla początkujących jest wskazane badanie zapomocą cewy elastycznej, gorzej w niej jednak widać, niż w rurze twardej. Krótkie cewy do oglądania ciał obcych, znajdujących się (co najczęściej bywa) w okolicy chrząstki obrączkowej, wprowadza się wprost pod nadzorem oka bez zatyczki. K.

Kaestle. **Przyczynek do wiadomości o skórzakach śródpiersia przedniego.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 38). 30-letnia chora została przysłana do pracowni rentgenowskiej Hoesslina w Monachium celem zbadania. Chora podała, że przed 4 tygodniami nagle dostała silnego kaszlu i nudności. Przypady te pogarszały się w czasie leczenia. Wśród tych napadów zaczęły odchodzić włosy ustami, czy wśród kaszlu, czy wymiotów, chora podać nie umie. Badanie fizyczne nie wykazało żadnych zmian w klatce piersiowej, wobec czego przypuszczano, że chodziło o »połykanie włosów«. W parę dni chora przyniosła sama kłębek jasnych włosów, pomieszanych z ciastowatą masą. Drobnowidowe badanie wykazało, że masa ta składa się jedynie z łoju włosowego, przybłonków płaskich i meszku (lanugo). Wobec tego rozpoznano torbiel skórzastą śródpiersia. Badanie rentgenowskie potwierdziło to rozpoznanie. W śródpiersiu przedniem widać było guz okrągły, leżący ponad sercem, nie tętniący, ani nie poruszający się przy oddechu.

Skórzaki śródpiersia przedniego nie są zbyt częste. Morris w r. 1905 zebrał zaledwo 57 przypadków. Znajdowano w nich zęby, kości, substancyę nerwową i t. p. Zwykle dają pierwsze objawy w czasie pokwitania, niekiedy i później, aż do 40. roku życia. Usadawiają się w górnej części śródpiersia przedniego. Zwyrodnieniu nowotworowemu ulegają rzadko. Dosięgają wielkości główki dziecka. Objawy, które zwracają w końcu uwagę chorych na to cierpienie, pochodzą zwykle z ucisku na sąsiednie narządy, ze zrostów lub przebicia się skórzaka do któregoś z narządów klatki piersiowej. Najczęściej skórzak zrasta się z oskrzelami i do nich przebija. Niekiedy na tle skórzaka powstaje jednak zapalenie opłucnej. Objawy podmiotowe: rozpromieniające się bole, trudności oddechowe, nieżyty oskrzeli, krwotoki płucne, trudności połykowe, zaburzenia serca i t. p. Zwykle przypadłości występują okresowo (opróżnianie się torbiela), nieraz w pewnem położeniu ciała (u chorej n. p. w leżącej), to jest wtedy, kiedy treść może swobodnie odpływać.

Leczenie jedynie operacyjne. 3 razy dotąd usunięto torbiel doszczętnie (Madelung, Eiselsberg, Bastianelli); zwykle z powodu trudnych warunków i krwawienia po wycięciu żeber wypada po opróżnieniu torbieli wszyć ją do rany i tamponować, przyczem spostrzegano także wyleczenia; śmiertelność dochodzi jednak po operacyach przeszło 30%. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 21. września 1909.

1) Świątecki Jan pokazał 22-letniego chorego, któremu otworzył **ropień**, wielkości głowy dziecka, usadowiony **w jamie Douglasa**, powstały wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Po czterech tygodniach, gdy kanał drenowy nie zabliźniał się, wypełnił go S. pastą bizmutową Becka. Zagojenie po dniach sześciu.

2) Gabszewicz pokazał preparaty makroskopowe: a) **zwichnięcie w części szyjnej kręgów**; b) **ropienie trzustki**, c) **skręcenie powrózka nasiennego** przy mięsaku jądra; d) **torbiel w przepuklinie zaciśniętej**; e) **żylak powrózka nasiennego**; f) **guzy zapalne sieci.**

Posiedzenie kliniczne d. 28. września 1909.

1) Gębarski przedstawił chorego, dotkniętego **chorobą Addisona.** Od dwóch tygodni chory otrzymuje suprarenalinę Poehla (3 razy dziennie po 0·1 po jedzeniu) wewnętrznie w pastylkach; podmiotowo chory czuje się znacznie lepiej, przyrost na wadze 1½ kg., tętno silniejsze.

2) Karwacki pokazał preparaty **drobnoustrojów, wyhodowanych ze krwi** z przypadku ciężkiej **płonicy**; krew zawierała krętki, ziarenkowce o typie »micrococcus catarrhalis« i laseczniki, które prelegent nazwał »bac. ciliatus fragilis«.

3) Rzętkowski wygłosił wykład p. t.: **O leczeniu gruźlicy płuc.** (Rzecz wygłoszona poprzednio na I. Zjeździe internistów w Krakowie).

Posiedzenie kliniczne z d. 5. października 1909.

1) Karwacki przedstawił **preparat** cytologiczny, pochodzący z przypadku **dwoinkowego zapalenia opłucnej w przebiegu duru.** Płyn był krwotoczny. Wzór cytologiczny: 75% krwinek czerwonych, 25% innych pierwiastków komórkowych, w tem więcej niż połowa śródbłonków, reszta leukocyty wielojądrzaste i nieliczne limfocyty. Posiew płynu na płytki Petriego dał hodowle dwoinek Talamon-Frankla. Płyn aglutynował laseczniki durowe do rozcieńczenia 1:500, dwoinki do 1:10.

2) Rzętkowski wygłosił rzecz p. t.: **O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych stanach zakażnych.** R. podaje sposób oceniania sprawności emigracyjnej neutrofilów przy pomocy wskaźnika emigracyjnego (J. E.), który oznacza odsetkę neutrofilów, jaka ubyła ze krwi naczyń kończyny mocno przewiązanej w porównaniu z krwią kończyny wolnej u tego samego osobnika. Ów J. E. u osób zdrowych wynosi średnio 2·5 (maximum 6, minimum 0). W stanach ropnych pospolitych J. E. wynosi znacznie więcej, bo od 33 do 47, po przejściu ropienia J. E. znowu spada do poziomu prawidłowego.

W dyskusyi Mutermilch nie zgadza się ze zdaniem prelegenta, że wskaźnik emigracyjny świadczy o ilości zdolnych do emigrowania białych ciałek wielojądrzastych. Wszystkie neutrofile obdarzone są zdolnością emigrowania. Wskaźnik emigracyjny Rzętkowskiego wskazuje nam tylko, ile w jednostce czasu emigruje białych ciałek, innemi słowy świadczy o energii, z jaką fagocyty z naczyń wywędrowują.

Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

VII. Ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 20. lutego (5. marca) 1909 r.

Obecnych członków 24, gości 10. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego z 30. stycznia (12. lutego) 1909 r. przyjęto.

I. Dr Wierciński odczytał sprawozdanie doroczne komisyi rewizyjnej, które brzmi następująco: 4. lutego 1909 roku. Komisya rewizyjna Związku polskiego lekarzy i przyrodników, sprawdziwszy księgi rachunkowe »Związku«, kwitaryusz i dokumenta, usprawiedliwiające rozchody, znalazła wszystko zgodnem z księgą kasową. Pozostałość na 1. stycznia 1909 r. w kwocie 379 rsr. 05 kop. znajduje się: 350 rsr. na rachunku bieżącym w »Ruskim banku dla wnieszniej torgowli« pod Nr 2441. a 29 rsr. 05 gotówką u skarbnika. — Przeglądając papiery, komisya zwróciła uwagę na to, że rachunki nie są podpisane przez prezesa »Związku«, jak tego wymaga § 32 ustawy. Ponieważ rozchód na druk jest największy, rachunki zaś z różnych drukarni nie są jednakowe, przeto komisya zwraca uwagę, iż należałoby wejść w umowę z jakąś jedną drukarnią, aby w ten sposób ustalić ceny. Prócz sprawdzenia ksiąg, przedstawionych przez skarbnika »Związku«, Dra A. Karnickiego, odczytała komisya rewizyjna list od skarbnika komitetu budowy szpitala Dra Hattowskiego, z którego wynika, że komitet posiada obligacyę miasta Petersburga nominalnej wartości 1000 rsr., kupioną za 797 rsr. 13 kop. i gotówkę 82 rsr. 19 kop. Obligacyę umieszczono w oddziale komercyjnego banku w Warszawie (Nr kwitu 1313), a gotówkę złożono na rachunek bieżący w tymże banku (Nr książki 2012). Podpisali: Dr Kamieński, Dr Wierciński, Dr Wilamowski, p. Wachowski.

Nastąpiło zatwierdzenie wszystkich sprawozdań, tak odczytanych na posiedzeniu poprzedniem w d. 30. stycznia, jak i niniejszego komisyi rewizyjnej z tem zastrzeżeniem, aby wszystkie rachunki były podpisywane także przez prezesa. — Prof. Szawłowski proponuje, aby wyrazić podziękowanie komisyi rewizyjnej. — Prezes w imieniu »Związku« dziękuje komisyi rewizyjnej za trudy.

II. Prof. Szawłowski wypowiedział rzecz p. t.: **Współczesne dane, tyczące sprawy segmentacyi ciała.** Prezes w imieniu Zgromadzenia złożył prelegentowi podziękowanie za pouczający odczyt.

III. Obrady nad projektem Prof. Ziemackiego w sprawie założenia wolnej Wszechnicy polskiej w Petersburgu.

Prezes zaznacza, iż przed obradami nad projektem musi zwrócić uwagę, iż Rada wobec pewnych technicznych trudności uchyliła wydrukowanie projektu, jak to było proponowane na posiedzeniu poprzedniem, wobec czego projekt ów nie mógł być rozesłany wszystkim członkom. Natomiast Rada prosiła Prof. Ziemackiego o powtórne odczytanie projektu, aby obecnie można było przystąpić do obrad. — P. Kotarski przypomina, iż na posiedzeniu poprzedniem postanowiono wręcz przeciwnie; ponieważ zaś jest mało członków na obecnem posiedzeniu, sądzi, iż należy odłożyć obrady do przyszłego posiedzenia. — Dr Uliński zaznaczając, iż projekt Prof. Ziemackiego jest bardzo ważny, podziela zdanie poprzedniego mówcy. — Prof. Ziemacki przyłącza się do zdania, aby odczytanie i obrady odłożyć do przyszłego posiedzenia i dodaje, że projekt nie został wydrukowany ze względów finansowych. — Prof. Zaleski wnosi, aby zbierać składkę na wydrukowanie prac naukowych »Związku«, gdzie również mógłby być umieszczony i projekt Prof. Ziemackiego. — Prof. Ziemacki jest innego zdania i proponuje zbierać nie składki, lecz prenumeratę na przyszłe wydrukowanie wszystkich prac naukowych »Związku«. — Prof. Szawłowski wnosi, aby poddać dyskusyi formę składek i dodaje, że druk drogo nie będzie kosztować, wobec czego możnaby wziąść odpowiednią kwotę z ogólnego funduszu »Związku«. — Prof. Zaleski przypomina, iż stan finansowy »Związku« bynajmniej nie pozwala na asygnowanie jakiejś sumy na wydrukowanie prac naukowych i również podziela zdanie, aby poddać głosowaniu formę składek. — Dr Zakrzewski dodaje, iż w kasie jest mało pieniędzy dlatego, że nie jest zorganizowany sposób zbierania składek. — P. Kotarski zwraca uwagę, że Zgromadzenie oddala się od tematu, ponieważ obraduje nad składkami, a nie nad samym projektem. — Prof. Zaleski: Wielkie wydatki poniósł »Związek« na wydrukowanie ustawy, ale w każdym razie, jeżeli Zgromadzenie uchwali, to część pieniędzy, potrzebna na wydrukowanie prac naukowych, może być asygnowana. — Dr Wierciński zwraca uwagę, iż nad tem dyskutować Zgromadzenie nie może, ponieważ sprawa ta nie była postawiona na porządku dziennym. — Dr Zakrzewski oświadcza się przeciw drukowaniu projektu; Dr Wolański wnosi, aby rozstrzygnięcie sprawy pozostawić Radzie. — Prof Ziemacki bierze na siebie winę, iż projekt nie został wydrukowany.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż dzisiaj muszą być wybrani wiceprezes i sekretarz Wydziału przyrodniczego. Na pytanie Prof. Ziemackiego, czy można według ustawy przystąpić do wyborów wobec niewielkiej liczby obecnych członków, prezes daje odpowiednie wyjaśnienia i wzywa obecnych do dokonania wyborów. Jednomyślnie zostali wybrani: wiceprezesem Prof. Merczyng, a sekretarzem p. Małachowski. 2) Rzeczywistymi członkami »Związku« zostali obrani: Dr August de Mezer, inż.-techn. Adam Koss, lek.-dent. Michał Domaszewicz i inż.-marynar. Romuald Świrski. 3) Prezes podnosi sprawę utworzenia Wydziału technicznego, podnosi, jak wielkie znaczenie będzie miał taki Wydział i rozpatruje sposoby, jakimi najodpowiedniej można będzie zespolić wszystkich techników Polaków zamieszkałych w Petersburgu, prosząc obecnych, aby nadesłali nazwiska znanych im techników, co ułatwi w znacznym stopniu organizacyę. — P. Kotarski, w zupełności podzielając zdanie, iż projekt ma wszelkie widoki powodzenia, zaznacza, że wielu jest w Petersburgu techników nietylko Polaków, lecz i Rosyan, którzy dotąd nie są jeszcze zorganizowani. 4) Prezes przypomina, iż w teatrze Komisarzewskiej

ma się odbyć przedstawienie polskie na rzecz budowy szpitala. 5) Podano do wiadomości, iż wkrótce ma przybyć ze Lwowa Prof. Rydygier i Dr Heryng z Warszawy; Dr Heryng ma mieć odczyt w Wydziale lekarskim.

Sekretarz Zdzisław Sowiński.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

Wstęp.

Na pozór zdawaćby się mogło, że pisać o wiwisekcyi w czasopiśmie przeznaczonem dla lekarzy, jest rzeczą całkiem zbyteczną: wszak każdy, kto ukończył studya lekarskie w uniwersytecie, powinien dokładnie widzieć, co to jest wiwisekcya i jaka jej rola przypada w rozwoju nauk przyrodniczych wogóle, a lekarskich w szczególności. Niestety, stwierdzić to trzeba, że nie brak lekarzy, którzy albo nie mają należytego pojęcia o wiwisekcyi, albo mają o niej wprost opaczne pojęcie.

Sprawa wiwisekcyi, to jest sprawa wykonywania eksperymentów naukowych na żyjących zwierzętach, należy do tych zagadnień, któremi interesują się nie tylko uczeni lecz także ludzie, którzy z nauką nie mają nic wspólnego. Pierwsi interesują się wiwisekcyą, jako ważną metodą badania naukowego; drudzy zaś głównie ze względów humanitarnych, a niekiedy także dlatego, aby ją zwalczać. Aczkolwiek walka przeciw wiwisekcyi trwa już od kilku dziesiątków lat, to jednak dopiero w ostatnich czasach zaczęła przybierać postać, całkiem nieoczekiwaną. Do walki przeciw wiwisekcyi występują z jednej strony ludzie, którzy zgoła żadnego pojęcia nie mają o wiwisekcyi, o sposobach jej wykonywania i o znaczeniu jej dla nauki, z drugiej zaś strony — i to jest rzeczą nader znamienną — lekarze, którzy w czasie studyów uniwersyteckich mieli sposobność nabrania dokładnego pojęcia o sposobie wykonywania eksperymentów na żyjących zwierzętach i o roli, jaką te eksperymenty w rozwoju nauk lekarskich odgrywają. Jaskrawym przykładem fanatycznej agitacyi, prowadzonej przeciw wiwisekcyi przez pierwszych, jest postawienie i uroczyste odsłonięcie w 1906 r. w pobliżu Londynu osobliwego pomnika. Na pomniku znajduje się podobizna psa z bronzu i następujący napis: »Na pamiątkę jamnika, który zakończył życie w lutym 1903 w pracowni uniwersytetu, poddawany przez dwa miesiące wiwisekcyom, podczas których wiwisektorowie oddawali go sobie z rąk do rąk i męczyli go póty, póki śmierć nie uwolniła go od cierpień. Także ku pamięci innych 32 psów wiwisekcyonowanych w uniwersytecie w 1902 roku. Mężczyźni i kobiety Anglii, jak długo będą jeszcze trwały rzeczy tego rodzaju?« W czasie odsłonięcia pomnika wygłoszono kilka mów. Uroczystość zakończyła się odśpiewaniem pieśni: »Bijcie w dzwony miłosierdzia![1])«.

Manifestacya lekarzy przeciw wiwisekcyom była zupełnie innego rodzaju. Oto 397 lekarzy z Austryi, a wśród nich 49 z Galicyi, podpisało memoryał i projekt ustawy które w imieniu lekarzy mają być wniesione do austryackiego parlamentu[2]). Projekt ustawy zmierza do takiego ograniczenia wykonywania eksperymentów na żywych zwierzętach, że gdyby wspomniana ustawa została kiedykolwiek uchwalona, to używanie zwierząt ciepłokrwistych do celów badania naukowego z zakresu fizyologii, patologii, bakteryologii i farmakologii należałoby w państwie austryackiem do rzadkości. Według bowiem rzeczonej ustawy byłoby wolno robić doświadczenia na żywych zwierzętach tylko w tych publicznych zakładach naukowych, któreby uzyskały na to osobne pozwolenie namiestnictwa i tylko tym osobom, które mogą się wykazać znajomością medycyny, zwłaszcza anatomii, fizyologii i farmakologii, a które prócz tego posiadają imienne pozwolenie namiestnictwa. Lecz nie dość na tem. Nie wystarcza bowiem mieć imienne pozwolenie namiestnictwa na wykonywanie wiwisekcyi, trzeba jeszcze prócz tego uzyskać na wykonanie każdego z osobna doświadczenia pozwolenie specyalnej komisyi, złożonej w połowie z członków towarzystwa ochrony zwierząt, a w połowie ze znawców. Co to mają być za znawcy, tego projekt ustawy nie określa. Ten, kto zamierza wykonać jakiekolwiek doświadczenie, musi wpierw donieść dokładnie wspomnianej komisyi o celu doświadczenia, o sposobie jakim ma być wykonane doświadczenie, o liczbie i gatunku zwierząt, na których ma być robione doświadczenie, o czasie trwania eksperymentu i wreszcie o sposobie znieczulania zwierząt. Po złożeniu takiego oświadczenia nie wolno mu dopóty przystępować do wykonania eksperymentu, dopóki nie otrzyma piśmiennego na to pozwolenia od rzeczonej komisyi. Komisyi tej wolno pozwolić na wykonanie tylko takiego doświadczenia, które ma na celu wzbogacenie nauki albo lecznictwa przez nowe pożyteczne odkrycie. Nie wolno natomiast bezwarunkowo wykonywać doświadczeń, dotyczących zagadnień już rozstrzygniętych, jak również eksperymentów w celach dydaktycznych, a więc w czasie wykładów uniwersyteckich i rozmaitego rodzaju ćwiczeń praktycznych. Zwierząt z wyższą organizacyą, takich jak psy, koty, małpy, konie, osły, kozy i. t. d., wolno tylko w wyjątkowych razach do doświadczeń używać, mianowicie wtedy, gdy trzech urzędowych znawców wyda piśmienne orzeczenie, iż do danego doświadczenia nie wystarcza użycie zwierząt z nizką organizacyą. Nie wolno również wykonywać doświadczeń na zwierzętach wtedy, kiedy można robić odpowiednie badania na odosobnionych narządach świeżo zabitych zwierząt. »Zabronione są eksperymenty, których cel może być osiągnięty na innej drodze bez wiwisekcyi, lub eksperymenty, które, jako same przez się zrozumiałe, nie potrzebują żadnego dowodu«. Doświadczenia, które przyczyniają zwierzęciu długotrwałe męki i cierpienia, nie są dozwolone. Nie wolno wogóle wykonywać doświadczeń takich, w których nie można zwierząt znieczulać. Kurara i pokrewne jej środki, wywołujące porażenie, mogą być używane wyłącznie w razie konieczności i tylko wtedy, gdy użycie ich połączone jest z jednoczesnem głębokiem znieczuleniem zwierzęcia. Po ukończeniu każdego doświadczenia należy zwierzę natychmiast zabijać w sposób bezbolesny. Nie wolno nigdy wykonywać żadnego nowego eksperymentu na zwierzęciu, które już było poddane wiwisekcyi.

O wszystkich wspomnianych rzeczach, a więc o tem, czy zamierzony eksperyment na żywem zwierzęciu ma na celu wzbogacenie nauki lub lecznictwa przez nowe pożyteczne odkrycie, o tem, czy jakiegoś zamierzonego doświadczenia nie dałoby się zastąpić badaniem na narządzie wyosobnionym zabitego zwierzęcia, o tem, czy pewne zagadnienie naukowe można rozwiązać bez doświadczeń na zwierzętach i t. d. o tem wszystkiem ma rozstrzygać komisya, złożona w połowie z członków towarzystw ochrony zwierząt, którzy o tych rzeczach mogą nie mieć najmniejszego pojęcia.

Takim jest w szczegółowem streszczeniu projekt ustawy, podpisany przez 397 lekarzy z rozmaitych krajów państwa austryackiego.

Bezstronny czytelnik przyzna, iż stanowisko lekarzy, którzy podpisali ten projekt ustawy, nie wiele się różni od stanowiska tych bezwzględnych przeciwników wiwisekcyi, którzy żądają wydania bezwarunkowego zakazu wykonywania doświadczeń na żywych zwierzętach.

---

[1]) Słowo Polskie Nr 495 z dn. 31 października 1906.

[2]) Memoryał ten i projekt ustawy rozsyłany był lekarzom w r. 1909 w celu zbierania dalszych podpisów przez Związek przeciw wiwisekcyi w Gracu.

§ 1. Przeciwnicy wiwisekcyi.

Walka przeciw wiwisekcyi nie jest odosobnionem społecznem zjawiskiem. Wiąże się ono ściśle z walką, toczoną przeciw medycynie naukowej. Wprawdzie w obozie przeciwników wiwisekcyi nie brak bynajmniej ludzi zacnych, światłych, a nawet uczonych, zasadniczy wszakże ton tej walce nadają nie oni, ale przeciwnicy zagorzali medycyny naukowej, którzy do walki tej wnoszą fanatyczne zacietrzewienie. Ci to przeciwnicy medycyny naukowej z zapałem godnym lepszej sprawy wmawiają w łatwowiernych, że lekarze zamiast leczyć chorych nieraz przyprawiają ludzi zdrowych o chorobę; że należy walczyć przeciwko niektórym zabiegom lekarskim, które zdaniem ich, są jeno szkodliwe; że tylko homeopaci i zwolennicy tak zwanego lecznictwa »przyrodnego« albo »naturalnego« są pożytecznymi lekarzami. Występują oni nietylko przeciw nowym metodom leczniczym, ale nawet przeciw szczepieniu ochronnemu krowianki, choć wielkie odkrycie Jennera wytrzymało już wiekową próbę.

Wśród przeciwników ochronnego szczepienia ospy znajdują się nawet lekarze. Okoliczność ta jest wielkim atutem w rękach przeciwników szczepienia krowianki. Co prawda, na podkreślanie przez przeciwników szczepienia ospy tej okoliczności, że niektórzy lekarze należą do ich obozu, mógłby ktoś złośliwy odpowiedzieć, że to bynajmniej nie dowodzi, iż szczepienie krowianki jest rzeczą szkodliwą, a jeno świadczy o tem, że można posiadać dyplom uniwersytetu, a jednak nie być człowiekiem rozumnym.

Zwolennicy lecznictwa »przyrodnego« czyli »naturalnego« [3]), uważając, że medycyna naukowa nie ma żadnej wartości, występują przeciw wiwisekcyi, jako metodzie badania naukowego, która nie wiedzie do żadnych pożytecznych odkryć, a związana jest z niepotrzebnem męczeniem zwierząt. W tym razie trzeba im przyznać wielką konsekwencyę. Skoro uważają oni medycynę naukową za szkodliwą, to istotnie lepszego środka do tamowania jej rozwoju wybrać nie mogli, jak walczenie przeciw metodom naukowego badania. W rzeczy samej, gdyby nie było wolności badania, toby medycyna zupełnie rozwijać się nie mogła. Przykład tego mamy na dziejach anatomii. Dopóki nie wolno było uczonym badać zwłok ludzkich, dopóty nauka o budowie ciała ludzkiego pełna była błędów, uświęconych wiekowym autorytetem Galena. Bez wolności bowiem badania żadna nauka rozwijać się nie może, a więc i medycyna. Walczyć przeciw wolności badania naukowego lub dążyć do ograniczenia tej wolności, jest to starać się cofać kulturę wstecz, jest to świadomie lub nieświadomie burzyć to, co poprzednie pokolenia zdobyły, nie bez ciężkich nieraz ofiar.

Przeciwnicy wiwisekcyi stanowią tylko jeden oddział w armii zwolenników lecznictwa »naturalnego«, którzy dążą świadomie do zwalczania medycyny naukowej i jej zwolenników — lekarzy. Snać zwolennicy lecznictwa naukowego zaczynają zdobywać sobie uznanie nawet wśród sfer rządzących, skoro niedawno w Niemczech uzyskał tytuł profesorski dr. Klein, »lekarz naturalny«, przeciwnik medycyny naukowej, utrzymujący, że bakteryologia, anatomia patologiczna i t. p. nie mają racyi bytu, że leczenie surowicami jest oszukiwaniem ludzi i t. p. [4]). Największe niebezpieczeństwo dla medycyny naukowej tkwi właśnie w tem, że do obozu jej przeciwników zaczynają należeć lekarze. Do przeciwników medycyny naukowej należy zaliczyć i wszystkich tych, którzy występują przeciw wolności badania lub żądają ograniczenia tej wolności. Być może, że wielu z tych lekarzy, którzy występują przeciw wiwisekcyi, nie zdaje sobie dokładnie sprawy z tego, iż walczą oni przeciw wolności badania naukowego, a więc przeciw nauce.

Zrozumiałą poniekąd jest rzeczą, że zawiązują się towarzystwa w celu zwalczania wiwisekcyi, że wychodzą broszury i pisma ulotne przeciw wykonywaniu doświadczeń na zwierzętach, że do parlamentów wpływają petycye, opatrzone licznymi podpisami, domagające się wydania zakazu wiwisekcyi, zrozumiałą to jest rzeczą osobliwie wobec fanatycznej i wytrwałej walki zwolenników lecznictwa naturalnego przeciw medycynie naukowej. Nic łatwiejszego, jak działać na uczucie bezkrytycznych tłumów, opowiadając im o strasznych mękach zwierząt, używanych do doświadczeń, zwłaszcza gdy się twierdzi jednocześnie, że doświadczenia te nie przyczyniają się wcale do postępu medycyny. Nic łatwiejszego, jak zjednywać sobie w ten sposób ślepych zwolenników, którzy zapisują się do towarzystw walki z wiwisekcyą, będąc mocno przekonani, że walcząc z wiwisekcyą, spełniają czyn szlachetny i mądry. Lecz trudniej pojąć, że również niektórzy lekarze zaczynają należeć do obozu przeciwników wiwisekcyi. A jeżeli nawet wśród lekarzy znajdują się tacy, którzy przeciw wiwisekcyi występują, to któż ręczyć może, że za przykładem tych lekarzy nie pójdą z czasem prawnicy i posłowie do ciał prawodawczych? Wtedy wolności nauczania i badania w uniwersytetach groziłoby poważne niebezpieczeństwo.

Nie sposób posądzać lekarzy, którzy występują przeciw wiwisekcyi, że czynią oni to dlatego, bo chcą zwalczać medycynę naukową, zwłaszcza że w rzędzie przeciwników wiwisekcyi zapisali swe imiona tacy ludzie jak wybitny chirurg angielski Lawson Tait i znakomity anatom wiedeński Hyrtl. Rzeczą jest jasną, że jeśli nie wszyscy lekarze, biorący udział w ruchu przeciwwiwisekcyjnym, to przeważna ich część występuje przeciw wiwisekcyom z pobudek szlachetnych: miłosierdzia nawet względem zwierząt. Być może, że niektórzy z nich zdają sobie dokładnie sprawę z tego, iż występując przeciw wiwisekcyi, walczą przeciw wolności badania, a jednak nie opuszczają szeregów przeciwników wiwisekcyi, gdyż uczucie litości dla zwierząt tak jest u nich silnie rozwinięte, iż zagłusza nawet wymagania rozumu. Można w działalności społecznej kierować się jaknajszlachetniejszemi pobudkami, a jednak postępować szkodliwie. Tak zdaniem mojem postępują lekarze, którzy biorą udział w ruchu przeciwiwisekcyjnym. Ogólnie możnaby scharakteryzować przeciwników wiwisekcyi, jako ludzi uczuciowych, lecz mało krytycznych, którzy występując przeciw wiwisekcyi, są głęboko przekonani że czynią dobrze. Ludzie tacy, u których uczucie góruje nad rozumem, łatwo stają się fanatykami. To też w ruchu przeciwwiwisekcyjnym panuje sporo fanatyzmu, a mało rozwagi oraz spokojnej i rzeczowej dyskusyi. (Dok. nast.).

[3]) Terminologia używana w »Przewodniku Zdrowia«, czasopiśmie poświęconem lecznictwu naturalnemu.

[4]) Wiadomość tę powtarzam za »Przeglądem Lekarskim« (1909 Nr 47 str. 669).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Związek lekarzy rządowych w Galicyi odbył Walne Zgromadzenie we Lwowie w d. 12. i 13. b. m. pod przewodnictwem Dra Czyżewicza z Jarosławia i Dra Wursta z Kałusza. Związek mianował Dra Czyżewicza, założyciela i obecnego prezesa Związku, członkiem honorowym. Następnie odbyły się wykłady: Prof. Kucery: »O dzisiejszym stanie nauki o odporności« i Dra Friedberga: »Przeróbka włosienia, szczeci i pierza w Brodach pod względem sanitarno-policyjnym«. Dr Czyżewicz przedstawił referat p. t. »Lekarz rządowy, a prywatna praktyka lekarska«, wywodząc wbrew zapatrywaniom Dra Wintera, inspektora sanit. z Tyrolu, że wzbronienie lekarzom rządowym praktyki prywatnej byłoby niesłuszne, a dla społeczeństwa szkodliwe. Referat swój zakończył Dr Czyżewicz wnioskami, aby i nadal praktyka lekarska była dozwolona lekarzom rządowym, aby centralne władze sanitarne zakładały pracownie chemiczne i bakteryologiczne dla potrzeb służby sanitarnej, aby lekarzom rządo-

wym wolno było zajmować posady lekarzy kolejowych, fabrycznych, salinarnych, przy fabrykach tytoniu, aby lekarze rządowi, tak samo, jak lekarze prywatni, należeli do Izb lekarskich, aby sądy dawały im pierwszeństwo przed lekarzami prywatnymi przy komisyach sądowo-lekarskich, wreszcie, aby do krajowej Rady Zdrowia i do najwyższej Rady Zdrowia powoływano członków także z pośród lekarzy rządowych, którzy najlepiej znają stosunki higieniczne i sanitarne ludności. Wnioski te przyjęto po ożywionej dyskusyi, w której przemawiali r. dw. Dr Merunowicz, Dr Sękiewicz, Festenburg, Nycz, Mikołajski, Karpiński, Opieński, Obtułowicz, Lachowicz, Wurst. — Szereg postulatów zawodowych podnieśli dalej Dr Nycz, Karpiński, Udziela, Momidłowski. — Uchwalono poczynić starania, aby w r. 1912 Zjazd państwowego Związku lekarzy rządowych odbył się w Krakowie lub we Lwowie, a na pokrycie związanych z tem kosztów oznaczyć wkładkę nadzwyczajną, oprócz wkładki rocznej, którą podwyższono na 14 do 24 kor. — Dochody Związku wynosiły w roku 1909 1792 kor., rozchody 944 kor. Na rok 1910 wybrano prezesem Dra Czyżewicza, członkami Wydziału: Dra Bielańskiego, Danielskiego, Kurasiewicza, Obtułowicza, Opieńskiego, Wursta, do komisyi rewizyjnej Dra Krzyżanowskiego i Lachowicza. R.

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Dr Władysław Prószyński z Rzeszowa i Dr Henryk Wilczyński z Zakopanego.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910.

Po dwie korony nadesłali: Drowie Leon Kopff, K. Woynarowski, F. Eichhorn, B. Grudzewski, Prof. Braun, Jeleńska-Macieszyna, Tadeusz Gabryszewski, Brzeski (Brzesko), Prof. Żuławski, E. Witkowski, Leńko, Arnold Richter, Muszkiet, Sam. Türkel, Swistun, Prof. Kośmiński, A. Vincenz, L. Schmeidler, Brzeski (Lwów), W. Chrząszczewski, A. Harasowski, L. Cwiklicer. A. Lewinter, J. Dukiet, Orski, Wład. Nowak, Adolf Wurst, A. Schenker, E. Lateiner, M. Piątkowski, Prof. Browicz, J. Baschkopf, Nodzyński, R. Zatłokal, Schächter, J. Zbigniewicz, J. Kołączkowski, M. Bukowski, J. Silbiger, Henryk Wilczyński, J. Borg, A. Ader, F. Tokarski, E. Ehrenpreis, M. Bund, J. Dadlez, A. Greliński, Kazimierz Berezowski, St. Prebendowski, Cz. Waligórski, Gawlik sen., Bober, L. Blumenblatt, P. Kirschbaum, St. Gajewski, St. Maszewski, L. Mirtenbaum, M. Szafnicki, Z. Neuberger, A. Ackermann, J. Sędzielowski, J. Meller, S. Friediker, P. Szadkowski, E. Baczyński, Hordyński, Cz. Sędzimir, L. Gawełkiewicz, Z. Steuermark, H. Fuchs, Henryk Fraenkel. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. II. do 12. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 23, Hrehorów 3), Czortków (Bazar 1), Horodenka (Niezwiska 2), Jaworów (Jaworów 2, Podłuby 3, Wierzbiany 1), Nadwórna (Osławy białe 2), Stryj (Wyżłów 4), Zborów (Grabkowce 2, Podhajczyki 3, Kudobińce 4); ospy: pow. Tarnobrzeg (Witkowice 4), Rzeszów (Tyczyn 2), Borszczów (Olchowiec 1, zawleczono z Rosyi). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. II. do 12. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 2, płonicy 5 † 2 (3 † 2), odry 5, duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), róży 2 † — (1 † —), nagm. zapalenia przyusznic 7. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 16. I. do 22. I. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 31 † 8, odry 8, płonicy 4, błonicy 5, róży 6, duru plamistego 3 † 1, duru brzusznego 10 † 2. (Gaz. lek. Nr 7).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 16. II. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rosenbauch przedstawił wyniki przeszczepiania jadu przymiotowego na oko królika; w dyskusyi zabierał głos r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Następnie Dr Janiszewski wygłosił wykład: »O zwalczaniu chorób zakaźnych«. W dyskusyi przemawiali r. dw. Prof. Jakubowski, Prof. Bujwid, Prof. Lewkowicz, Dr Rafał Landau, Prof. Nowak, Dr Gertler, H. Hirsch, T. Cybulski, Merz, Blassberg. Szczegółową dyskusyę postanowiono przeprowadzić na osobnem posiedzeniu, a wiadomość o wynikach obrad zamieścić w dziennikach ze wskazaniem na konieczność budowy domu izolacyjnego dla chorób zakaźnych.

— Zarząd Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zwraca uwagę członków Towarzystwa, że obecnie na zasadzie układu między Towarzystwami otrzymują »Lwowski Tygodnik lekarski« obok »Przeglądu« bezpłatnie.

— Szpital Bonifratrów w Krakowie leczył w r. 1909 — 1426 chorych przez 29.421 dni szpitalnych; średni pobyt chorego w szpitalu wynosił 20·8 dni. W ambulatoryach szpitala udzielono 34.556 porad bezpłatnych. Na oddziale chirurgicznym wykonano 832 operacyi. Konsulentem szpitala jest Prof. Dr Pareński, prymaryuszem oddziału chirurgicznego Prof. Dr Bossowski, chorób wewn. Dr Frączkiewicz, kierownikiem ambulatoryum chorób skórn. i wen. Prof. Dr Krzyształowicz, sekundaryuszem Dr Rzegociński.

Warszawa. Polskie Towarzystwo okulistyczne w Warszawie wybrało swym prezesem Dra Br. Ziemińskiego, wiceprezesem Dra B. Gepnera, skarbnikiem i sekretarzem Dra L. Endelmana.

— Przy Towarzystwie lekarskiem warszawskiem powstała Sekcya pedyatryczna.

Z różnych stron. Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu ogłasza konkurs na katedrę położnictwa i ginekologii, opróżnioną przez ustąpienie Prof. Rejna po wysłużeniu przepisanego terminu.

— Akademia Umiejętności w Bolonii ogłasza konkurs z fundacyi Cyona o nagrodę 3000 lirów za prace na następujące tematy: 1) Czynności serca, nerwów sercowych i naczynioruchowych. 2) Czynności błędnika. 3) Czynności gruczołu tarczowego i przysadki mózgowej. Wyjaśnień udziela sekretarz, Erc. Giacomini, Bologna, via Zamboni 33.

Mianowani: Dr Dobrowolskij profesorem higieny w Kazaniu, neurolog Doc. Schuster profesorem w Berlinie, docenci Syllaba i A. Vesely profesorami czeskiego Wydziału lekarsk. w Pradze.

Zmarli: anatom Prof. Wilhelm Krause w Berlinie, otyatra Prof. Zaufal w Pradze, internista Prof. Sergiusz Botkin (syn słynnego klinicysty) w Petersburgu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Piątek d. 25. lutego 1910 o godz. 7 wieczór odbędzie się w Bibliotece Medyków (kolegium Nowodworskiego) odczyt p. B. Kaluszy p. t. »Wiedza przyrodnicza, a społeczeństwo«.